UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1907 N°

ÉTUDE CLINIQUE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES PELVI-PÉRITONITIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1er Mai 1907 à 1 heure

PAR

ALBERT SÉNÉCHAL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital Hérold (Enfants Malades)

Président	M. SEGOND, *professeur.*
Juges.	MM. PINARD, *professeur.*
	RECLUS, *professeur.*
	LEJARS, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de ma thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

1898-99 Monsieur le Docteur MATHIEU

1899-00 Monsieur le Docteur BAZY

1900-01 Monsieur le Docteur BRAULT

1901-02 Monsieur le Professeur agrégé MACAIGNE

Internat provisoire

1902-03 Monsieur le Docteur FLORAND

Monsieur le Docteur BARBIER

Monsieur le Docteur PARMENTIER

Internat

1903-04 Monsieur le Docteur MICHAUX

1904-05 Monsieur le Docteur BOULLOCHE

Monsieur le Docteur BARBIER

1905-06 Monsieur le Docteur BAZY

1906-07 Monsieur le Professeur agrégé LEJARS

A MES PREMIERS MAITRES EN MÉDECINE

Monsieur le Docteur MERKLEN *(in memoriam)*

Monsieur le Professeur agrégé PEYROT

Monsieur le Docteur GUINARD

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur LANDRIEUX

Messieurs les Docteurs BAR, TISSIER, Accoucheurs des Hôpitaux.

Messieurs les Docteurs SOUPAULT, CHEVALIER *(in memoriam)*.

Messieurs les Docteurs APPERT, HERBET, LAPOINTE, ROBINEAU, SAVARIAUD.

INTRODUCTION

La pelvi-péritonite, bien étudiée par Bernutz et Goupil à laquelle ils donnaient une place prépondérante parmi les inflammations péri-utérines ne doit pas disparaître du cadre nosologique comme le voudraient certains auteurs. L'inflammation du péritoine pelvien est extrêmement fréquente comme en témoignent toutes les statistiques. Qu'on en fasse une complication ou un mode de terminaison des tubo-ovarites sous le nom de péri-métro-salpingite ou d'abcès pelvien comme le veut M. le Professeur Pozzi ; qu'on l'appelle péri-métrite, péri-salpingite ou péri-ovarite suivant la maladie à laquelle elle succède, il n'en est pas moins vrai qu'au moment où on lui donne ces noms, c'est la réaction du péritoine avoisinant qui domine la scène ; il y a avant toute chose de la pelvi-péritonite.

Cette pelvi-péritonite peut exister comme maladie primitive, apparaître d'emblée, comme l'a prouvé M. le Professeur Reclus par une série d'observations rapportées dans la *Semaine médicale* en 1891. Néanmoins il est certain, comme le dit Bouilly, que dans l'immense majorité des cas, la pelvi-péritonite n'est qu'un épisode des affections de la trompe et de l'ovaire. Mais parfois, la complication prend la première place et cliniquement la maladie primitive passe au second plan. Il en est surtout ainsi dans les formes chroniques de la pelvi-péritonite. La métrite, la salpingite ont évolué sans grands symptômes ou même sont passées inaperçues, et l'infection s'est propagée au péritoine. Le plus souvent celui-ci réagit violemment, il y a des poussées de

fièvre très marquées, des symptômes généraux et fonctionnels caractéristiques et cette forme bien connue a pour particularité d'évoluer par accès successifs. Parfois les phénomènes sont encore plus graves : il se fait d'emblée une péritonite localisée et le pus se collecte rapidement dans le cul-de-sac de Douglas. Mais dans certains cas aussi le péritoine réagit peu en apparence, mais la séreuse se défend au contraire d'une manière énergique et surtout durable, le processus curateur dépasse les bornes : il y a production de tissu fibreux formant des adhérences entre les organes, les unissant les uns aux autres, les immobilisant dans le petit bassin. Ces adhérences fibreuses circonscrivent assez souvent entre elles ou entre les organes pelviens des loges de plus ou moins grande dimension contenant soit de la sérosité, soit du liquide séro-sanguinolent, soit du pus.

Nous voulons dans ce travail attirer l'attention sur cette forme de pelvi-péritonite fibro-adhésive. N'ayant pas été décrite comme modalité à part, elle n'en est pas moins très intéressante à connaître, car elle peut simuler toutes les tumeurs du petit bassin et surtout les tumeurs dures. Il faut savoir en faire le diagnostic et il se fera non seulement par les signes physiques observés, mais surtout par une étude attentive des antécédents de la malade. D'autre part le traitement prête à des considérations différentes suivant les cas : c'est dans cette forme qu'il faut être prudent et souvent méditer l'axiome que le mieux est l'ennemi du bien.

Nous avons intitulé notre thèse : « Tumeurs inflammatoires pelvi-péritonitiques » pour bien montrer qu'il s'agit dans cette forme de pelvi-péritonite, de grosses masses formées dans le péritoine du petit bassin, en dehors de la trompe et de l'ovaire, de même qu'il existe de ces pseudo-tumeurs dans la fosse iliaque droite dont l'appendice est la cause originelle. Ce sont ces sortes de tumeur qui constituent les pseudo-néoplasmes sur lesquels M. Lejars a attiré l'attention en décembre dernier.

Nous n'envisageons que la tumeur inflammatoire pure et laissons complètement de côté les productions de nature tuberculeuse.

Nous avons pris un certain nombre de faits très intéressants présentés dans différentes sociétés ou publiés dans différents journaux, mais la plupart de nos observations sont inédites. Elles nous ont été communiquées par nos excellents maîtres M. Lejars qui nous a inspiré l'idée de ce travail et M. Bazy qui a mis à notre disposition tous ses documents. Que ces maîtres qui nous ont toujours témoigné tant de sympathie et de bienveillance, qui nous ont donné tant de précieux conseils reçoivent ici l'assurance de toute notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La péritonite pelvienne avait attiré l'attention des cliniciens bien avant que la cellulite pelvienne ait été connue. Plus tard lorsque cette dernière affection fut décrite, on remarqua la grande analogie qu'elle présentait avec la pelvi-péritonite. Morgagni rapporte une observation dans laquelle on remarqua, un mois après la délivrance, une adhérence entre le colon et l'ovaire. Dans un ouvrage publié sur les maladies de l'utérus en 1816, Nauche décrit une inflammation de l'utérus qui affecte d'abord la muqueuse, puis le parenchyme et enfin la membrane séreuse. En 1833 Mme Boivin décrivit l'immobilité de l'utérus qu'elle attribuait à trois causes : la péritonite, la métro-péritonite et les abcès pelviens. En 1839, Grisolle s'exprimait ainsi : « Il existe des péritonites circonscrites qui donnent naissance à une tumeur appréciable à la vue et au toucher et qui peuvent faire croire à l'existence d'un phlegmon ».

Ces faits connus et admis à l'époque n'avaient cependant pas attiré beaucoup l'attention et ils tombèrent même dans l'oubli après la description de la cellulite pelvienne faite par Doberty et Marchal de Calvi. On attribua alors les symptômes de la pelvi-péritonite à la cellulite pelvienne.

Les inflammations du petit bassin furent localisées plus volontiers dans le tissu cellulaire péri-utérin. Chomel décrivit

le phlegmon du ligament large, puis Nonat, Valleix et Gallard voulant indiquer que le siège dans le ligament large n'était pas démontré, au moins pour tous les cas, se sont servis du mot phlegmon péri-utérin ou rétro utérin.

Mais en 1857, les travaux de Bernutz et Goupil remirent la question au point et provoquèrent une véritable révolution scientifique. Une des autopsies qui servait de base à leur travail était précisément celle d'une malade qui avait servi à Nonat de type pour la description de son phlegmon péri-utérin. Par de nombreuses pièces, ils prouvèrent que ce qu'on prenait pour des phlegmons du ligament large étaient des péritonites chroniques du petit bassin.

Aran, vers la même époque, en 1860, ajoutait que l'inflammation primitive des annexes jouait toujours le principal rôle et était le point de départ des accidents ultérieurs. « Jamais, disait-il, tumeur inflammatoire d'un volume un peu considérable n'a été formée dans le bassin aux dépens du tissu cellulaire péri-utérin seulement ; les tumeurs de ce genre résultent au contraire des adhérences des annexes entre elles, des adhérences de ces annexes avec l'utérus et avec les organes renfermés dans la cavité du bassin ».

Malgré les travaux remarquables de Bernutz et Goupil, la question n'était pas jugée : en 1867, Pansh décrit en même temps la péri et la péra-métrite. Virchow se servait des mêmes expressions, mais les distinguait nettement l'une de l'autre ; il décrivait surtout la forme de pelvi-péritonite qui nous intéresse spécialement sous le nom de pachy pelvi-péritonite. A la même époque Barns en 1885 distingue également l'inflammation du péritoine de l'inflammation du tissu cellulaire du ligament large, mais il dit en outre que cette inflammation du tissu conjonctif se complique habituellement de péritonite pelvienne.

Actuellement la plupart des auteurs admettent la pelvi-péritonite et sont revenus à la conception de Bernutz et Goupil. A part le *Traité de gynécologie* de M. le professeur Pozzi, tous les livres classiques décrivent la pelvi-péritonite et en font un chapitre à part : c'est une maladie qui a son étiologie, sa pathogé-

nie, ses symptômes, son évolution, ses formes, son pronostic et aussi son traitement spécial suivant les cas.

De nombreuses discussions ont eu lieu en 1888 à la Société de Chirurgie non seulement au sujet de la pathogénie des salpingites et de leurs complications, mais aussi au sujet du traitement. Il nous serait trop long de citer tous les auteurs qui ont pris part à la discussion. Mais au sujet de la forme de pelvi-péritonite qui nous occupe, nous ne pouvons passer sous silence la très intéressante communication de M. Richelot à la Société de chirurgie sur l'influence de la laparotomie exploratrice et l'article de M. Lejars dans la *Semaine médicale* du 12 déc. 1906, sur les tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la pelvi-péritonite à grosses masses, on peut distinguer deux grandes variétés : *a*) la masse est constituée exclusivement par du tissu fibreux, par des adhérences unissant les organes entre eux et les unissant aux parois de l'excavation ;

b) La masse est formée par des adhérences, qui circonscrivent entre elles des loges ou des pseudo-kystes contenant du liquide séreux, hématique ou purulent. On peut trouver également de ces collections entre les anses intestinales ; mais le plus souvent elles siègent entre l'épiploon et la masse pelvi-péritonitique, et surtout dans le cul-de-sac de Douglas entre la face postérieure de l'utérus et le rectum. Quelquefois, assez rarement, on trouve un abcès situé en avant de l'utérus, entre cet organe et la vessie. Ces poches sont du reste irrégulières, non seulement par leur siège, mais aussi par leur forme qui est déterminée par les brides, les néomembranes qui cloisonnent ou oblitèrent le bassin.

Le liquide séreux de ces poches peut se résorber, rester séreux ou devenir purulent.

Lorsqu'un abcès existe, les éléments du pus peuvent subir la transformation graisseuse ; dans ce cas il se forme une sorte de bouillie épaisse qui est peu à peu résorbée, mais cette résorption ne se fait qu'avec une certaine lenteur. Le plus souvent le pus tend à se faire jour au dehors : la paroi de la

poche s'ulcère ; le processus ulcératif envahit les organes adhérents et les perfore. L'ouverture la plus fréquente se fait dans l'intestin et surtout dans le rectum. Assez souvent aussi dans la pelvi-péritonite fibro-adhésive, l'abcès s'encapsule ; des fausses membranes de plus en plus nombreuses se forment sur la paroi interne de la poche : celle-ci devient rigide, comme ligneuse ; la tumeur ainsi formée est parfois si dure qu'elle peut en imposer pour une exostose du sacrum (obs. 30) ou déterminer de l'obstruction intestinale (obs. 18). Cette évolution est plus fréquente dans les petits abcès.

Qu'il y ait ou non poche liquide, l'épiploon adhère presque toujours à la paroi abdominale antérieure. Il est infiltré, œdématié, mais surtout énormément épaissi ; il présente souvent l'aspect d'une couenne fibro-lardacée. Il adhère également aux parois de l'excavation, aux anses intestinales, à l'S iliaque, et aux organes contenus dans le petit bassin. Les traités classiques disent qu'il va s'insérer surtout au sommet de l'utérus et à l'aileron supérieur du ligament large. Dans nos observations nous le voyons surtout aller adhérer non seulement à l'utérus, mais dans au moins la moitié des cas au cul-de-sac vésico-utérin et au pôle supérieur de la vessie et cette adhérence est si ferme que les parois vésicales sont quelquefois déchirées lorsqu'on veut détacher l'épiploon. Il semble que souvent les parois vésicales et le tissu péri-vésical soient gagnés par l'inflammation. La vessie peut adhérer aussi à la face antérieure de l'utérus.

Les anses intestinales que l'on trouve après avoir récliné l'épiploon sont quelquefois réunies par des fausses membranes qui partent des organes pelviens L'S. iliaque adhère souvent au fond de l'utérus.

Dans la forme fibreuse, assez fréquemment l'on observe une tumeur occupant tout le petit bassin et constituée par des fausses membranes résistantes enserrant tous les organes pelviens dans une sorte de gangue. C'est dans cette masse qu'il faut chercher l'utérus et les annexes.

L'utérus est généralement petit, rétracté et déplacé de sa position normale.

Les trompes et les ovaires quelquefois en avant de la tumeur sont presque toujours prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, soit adhérents à la face postérieure de l'utérus, soit aux parois de l'excavation. Les trompes sont à peu près constamment petites, contournées sur elles-mêmes, sclérosées ; les franges du pavillon sont accolées, recroquevillées, adhérentes ; l'oblitération est souvent complète. Quelquefois elles renferment un peu de pus ou de la sérosité, exceptionnellement du sang ; généralement elles ne présentent que des lésions de salpingite ancienne avec épaississement des parois et rétrécissements ou oblitérations du conduit.

Les ovaires sont le plus souvent sclérosés et kystiques.

En résumé, anatomiquement, jamais de grosses lésions tubaires ou ovariennes, mais prédominance des lésions péritonéales avec ou sans collections dans les fausses membranes formées.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le péritoine du petit bassin s'infecte par voie muqueuse ou par voie lymphatique. Nous n'insisterons pas sur ce chapitre, ne voulant pas rééditer toutes les discussions enflammées qui eurent lieu sur ce sujet. Sans doute, étant données les connexions des séreuses avec les lymphatiques, on peut admettre que les micro-organismes infectent le péritoine par cette voie. Quant à la propagation par la trompe elle a été surabondamment démontrée.

Quoiqu'il en soit, la pelvi-péritonite reconnaît pour cause une infection utérine, salpingienne ou ovarienne. L'infection peut même être primitive, comme l'a prouvé M. le Professeur Reclus.

Nous trouverons donc avant tout comme causes : l'accouchement, la fausse-couche et la blennorrhagie et comme germes pathogènes : le streptocoque et le gonocoque. C'est donc pendant la période génitale de la femme que nous la rencontrons. Quant à savoir pourquoi il se produit plutôt une pelvi-péritonite dans tel cas et pourquoi cette pelvi-péritonite prend telle ou telle forme, il est impossible de le dire.

Cette forme fibro-adhésive n'est pas très rare : nous la rencontrons 26 fois dans le même service de Beaujon dans le cours de onze années consécutives.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Les symptômes de la pelvi-péritonite fibro-plastique sont souvent très atténués comme dans toute pelvi-péritonite chronique ; mais ils ont aussi comme caractéristique de survenir et de se répéter par crises : ce sont les *redoublements* inflammatoires de Gosselin.

Si l'on interroge attentivement les malades, il est rare qu'il n'y ait pas eu au début quelques phénomènes d'acuité, après un accouchement par exemple. La malade a éprouvé brusquement des douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre, accompagnées de nausées, de vomissements, d'un peu de ballonnement du ventre, de frissons erratiques et d'un peu de fièvre. A la suite de cette petite crise, malgré le calme relatif, il est resté de la pesanteur, de la gêne, quelques douleurs accrues par la marche et la fatigue. La malade a repris son travail, puis de temps en temps, surtout au moment de la période menstruelle, une nouvelle exacerbation se produit durant deux ou trois jours, quelquefois plus. Cette exacerbation des symptômes fonctionnels s'accompagne presque toujours d'une légère élévation thermique.

Dans d'autres cas, ces crises sont tellement atténuées qu'elles passent inaperçues.

La *douleur* est le phénomène le plus constant. Elle occupe de préférence un côté du bas-ventre ou une grande partie de l'hypogastre ; elle s'irradie aux lombes, à la hanche, aux cuisses, à la vulve. Tantôt fixe, profonde, déterminant plutôt une sensation de pesanteur, tantôt lancinante, aiguë, déchirante même, elle est continue ou intermittente. Elle est exaspérée par la marche, la fatigue, la station debout, le coït et surtout l'apparition des règles. Souvent peu manifeste spontanément, elle est réveillée par la pression, le toucher, les efforts de défécation.

Les *troubles menstruels* sont habituels : tantôt les règles retardent, tantôt elles avancent ; il y a quelquefois diminution, mais bien plus souvent l'écoulement est abondant et prolongé. La dysménorrhée est presque de règle. L'on observe aussi fréquemment de la leucorrhée.

Cette congestion retentit sur les organes voisins : il y a constipation, gêne et douleur dans l'émission des gardes robes, dysurie ou ténesme vésical.

Cet état retentit sur l'estomac : il y a perte de l'appétit ; les digestions sont lentes, difficiles et s'accompagnent de pesanteur, de tiraillements épigastriques, quelquefois de nausées et de vomissements.

Il en résulte un amaigrissement considérable, de la perte des forces, de la chloro-anémie, de la pâleur de la face.

La *fièvre* existe surtout au moment des crises ; bien souvent la température ne s'élève guère au-dessus de 38°. En revanche le pouls est toujours plus rapide. Dans la forme fibreuse pure, l'apyrexie est la règle ; mais même dans les formes avec abcès intra-péritonéal, la température peut rester normale, et fait bien inattendu, des malades peuvent conserver autour de leur utérus une cuillerée, un ou deux verres de pus sans offrir la moindre réaction fébrile, et cela pendant des années.

Le ventre n'est guère ballonné qu'au moment des crises.

La palpation souvent douloureuse fait reconnaître quelquefois de la rénittence dans la partie inférieure, quelquefois une tumeur bien ou mal limitée, pouvant aller jusqu'à l'ombilic, tumeur plus douloureuse que les parties avoisinantes.

Le *toucher* combiné à la palpation hypogastrique est le meilleur mode d'exploration.

Par cet examen l'on peut distinguer deux formes différentes de pelvi-péritonite à grosses masses : 1° une forme diffuse ; 2° une forme limitée.

A. — Dans la *forme diffuse*, on trouve l'utérus immobilisé dans une sorte de gangue mal limitée, dure, résistante dans toute son étendue, ligneuse, même si au milieu d'elle existe une collection. Les culs-de-sac latéraux et postérieurs ne bombent pas ; si on essaie de les déprimer ils résistent, et l'on sent toujours la même masse dure. Il est presque toujours impossible de reconnaître les organes pelviens et même l'utérus : le corps de celui-ci se confond avec la masse pelvi-péritonitique.

B. — Dans la deuxième forme que nous avons appelée *limitée* par opposition à la première, on trouve par le toucher une tumeur, imparfaitement circonscrite, poussant des prolongements irréguliers, présentant des parties rétrécies par des brides, mais elle n'envahit pas tout le petit bassin. Ce qui la caractérise habituellement, c'est qu'elle est séparée de l'utérus par un sillon, mais presque toujours, pour ne pas dire toujours, elle lui adhère par son extrémité ou même par toute une surface, de sorte qu'elle est mobile avec lui.

Sa consistance est tantôt dure, pierreuse, analogue à celle d'un corps fibreux, tantôt élastique, molle par endroits, fluctuante même si une collection importante existe au voisinage du doigt explorateur. Cette tumeur pelvi-péritonitique accolée le plus souvent à la face postérieure de l'utérus occupe alors le cul-de-sac de Douglas et peut se prolonger dans un des culs-de-sac latéraux. Quelquefois aussi elle se développe en avant de l'utérus, dans le cul-de-sac antérieur et remonte au-dessus de la symphise, vers l'ombilic ou les fosses iliaques.

Le toucher rectal pourra être utile pour apprécier la forme et surtout la consistance de la masse rétro-utérine.

Marche. Evolution.

La pelvi-péritonite chronique peut se résoudre et guérir sans intervention : c'est une rareté.

Habituellement surviennent des rémissions incomplètes qui peuvent permettre aux malades de vaquer à leurs occupations pendant plusieurs mois sans interruption. Puis une nouvelle crise de douleurs apparaît qui cloue la malade au lit pour une nouvelle période.

Dans les formes les plus bénignes il pourra se faire une résorption des exsudats, mais il y aura toujours des adhérences résiduelles fixant l'utérus en mauvaise position et déterminant des déviations et des flexions utérines : ce sera un mode de guérison, mais ce ne sera jamais une guérison complète.

Les malades abandonnées à elles-mêmes, généralement s'anémient de plus en plus, sont épuisées par ces douleurs qui ne les laissent jamais reposer ; elles dépérissent peu à peu et sont condamnées si l'on n'intervient pas, à une vie de souffrances et d'impotence.

Quelquefois une collection suppurée s'ouvre à l'extérieur, amenant une détente marquée des phénomènes douloureux, rarement la guérison complète. Cette ouverture se fait généralement dans le vagin et le rectum. A sa suite peuvent persister des fistules interminables et l'on sera souvent obligé d'intervenir dans des conditions moins bonnes qu'avant l'ouverture.

Pronostic. Complications.

Le pronostic de cette pelvi-péritonite fibro-adhésive, est toujours très sérieux. La mort est rare d'emblée ; néanmoins elle peut survenir par généralisation de la péritonite après rupture d'un abcès dans la grande cavité ; mais surtout la forme grave

épuise tellement les malades que celles-ci finissent par succomber d'hecticité ou de maladie intercurrente.

Outre les fistules interminables que peut causer l'ouverture d'une poche purulente, il est encore des complications que l'on peut rencontrer et qui viennent encore aggraver le pronostic : coudure de l'S iliaque tiraillé par des adhérences ; compression du rectum par la tumeur pelvienne, déterminant de l'obstruction ou de l'occlusion intestinale (observ. 18-30) ; compression de la vessie ou infiltration de ses parois.

Enfin dans les formes les moins graves, il reste toujours, malgré la guérison apparente des adhérences serrées qui immobilisent l'utérus en position vicieuse, ferment les trompes, d'où douleurs à chaque période menstruelle et stérilité qui est de règle.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Quand on se trouve en présence d'une malade qui présente une tumeur du petit bassin, tumeur qui est survenue assez brusquement après un accouchement ou une fausse-couche, dont le développement s'est accompagné de douleurs vives, de poussées fébriles bien marquées, le diagnostic de tumeur inflammatoire se fait facilement : il n'y a guère que le diagnostic anatomique qui se fasse mal, c'est-à-dire que l'on prendra très souvent la pelvi-péritonite pour une salpingite, et dans la grande majorité des cas, à moins d'examens répétés et minutieux à crise, il sera souvent impossible de dire si l'on à affaire a une petite salpingite avec grosse pelvi-péritonite ou grosse annexite avec pelvi-péritonite périphérique. Cette incertitude du diagnostic n'aura du reste guère d'importance, car dans les deux cas, le traitement sera le même : il faudra toujours intervenir chirurgicalement.

Mais à côté de ces cas typiques où la crise ou les crises de pelvi-péritonite sont des plus nettes, il en existe d'autres plus fréquents qu'on ne pense, où le diagnostic est difficile.

1° L'on se trouve en présence d'une tumeur limitée paraissant être utérine. — C'est une femme qui n'a pas de fièvre, qui souffre dans les reins, dans le bas-ventre, qui a des pertes rouges quelquefois très abondantes, des pertes blanches, de l'anorexie, des troubles digestifs ; on l'examine, on la touche,

on lui trouve une tumeur dure, plus ou moins irrégulière, siégeant dans le cul-de-sac postérieur, ou dans un des culs-de-sac latéraux, ou se prolongeant de l'un dans l'autre, mais adhérant intimement à l'utérus, que diagnostiquer ?

On pensera donc qu'il s'agit d'une affection de l'utérus puisque cette tumeur fait corps avec lui. L'on ne fera pas la confusion avec une grossesse, erreur presque impardonnable. Mais le fibrome de diagnostic si facile habituellement, pourra très bien en imposer et les meilleurs cliniciens s'y sont trompés (obs. 20 à 23). Bernutz lui-même dans son *Traité* signale deux erreurs commises par lui (obs. 24). En effet, le fibrome véritablement protéique par la multiplicité de ses formes peut tout simuler. La difficulté de diagnostic résulte d'une part de la dureté considérable que les indurations péri-utérines peuvent acquérir par suite de la longue durée du travail inflammatoire, et du peu de séparation de l'utérus de ces tumeurs lorsqu'elles sont directement appliquées contre lui ; d'autre part de la fréquence des métrorrhagies et de l'abondance des pertes dans les pelvi-péritonites. Pourquoi alors ne prendrait-on pas ces tumeurs péritonitiques de consistance ligneuse, implantées sur l'utérus, pour des fibromes utérins dont elles ont au toucher tous les caractères ?

Evidemment les métrorrhagies sont plus fréquentes dans le fibrome que dans la pelvi-péritonite et en revanche dans celle-ci il y a surtout de la leucorrhée et de la douleur, mais ces différences symptomatiques sont loin d'être absolues. La fièvre qui caractérise l'inflammation manque souvent dans la forme fibro-adhésive et il peut même y avoir du pus dans l'intérieur de notre pseudo-tumeur sans que la température soit au dessus de 37°.

La sensibilité à la pression est de règle dans la pelvi-péritonite, mais si le fibrome est habituellement indolent, il existe aussi des fibromes douloureux, des fibromes enflammés.

La consistance de la tumeur inflammatoire peut être semblable à celle d'un fibrome et la forme ne donnera pas davantage la clef du diagnostic. Le fibrome est d'habitude arrondi, bien limité et la tumeur pelvi-péritonitique au contraire irrégulière

avec des prolongements ; mais il existe aussi des fibromes qui, poussant dans différentes directions, paraissent irréguliers et au contraire des noyaux inflammatoires absolument réguliers. De plus ces fibromes peuvent se développer dans le ligament large, produisant ainsi une immobilité plus ou moins complète de l'utérus.

Le meilleur signe différentiel sera la constatation de l'augmentation de la cavité utérine et surtout de la déformation de cette cavité. Aussi ne faut-il jamais négliger, à moins de contre-indication de grossesse possible, de faire le cathétérisme utérin. Mais, si l'existence de ce symptôme est presque pathognomonique, son absence est sans valeur, car il arrive qu'avec des fibromes sous-péritonéaux pédiculés, la cavité utérine ne présente aucune modification.

Le *cancer du corps de l'utérus* pourra prêter, mais beaucoup moins fréquemment aux mêmes erreurs, car dans ce cas, l'on a une tumeur ne présentant pas de prolongements véritables ; il y a souvent des pertes fétides ; l'état général de la malade sera plus profondément altéré. Enfin, si l'on hésite, on pourra faire un petit curettage et examiner les débris au microscope.

2° La tumeur est limitée et siège dans le cul-de-sac postérieur. — La première erreur à éviter, c'est de prendre pour une tumeur pelvi-péritonitique des *masses stercorales* stagnant dans le rectum. Mais ces masses forment généralement des chapelets ; elles se laissent déprimer par le doigt vaginal ; elles sont reconnues par le toucher rectal et enfin l'administration d'un lavement ou d'un purgatif lève tous les doutes.

La *déviation et la rétroflexion de l'utérus* donnent lieu à des erreurs fréquentes, et cependant elles se distinguent en ce qu'on ne découvre nulle part ailleurs que dans la tumeur le corps de l'utérus. Si l'examen bimanuel ne détermine pas exactement la situation de l'utérus, si l'on conserve des doutes, l'on pratiquera, si possible, le cathétérisme utérin et la direction de l'hystéromètre indiquera nettement la position du corps utérin.

La *grossesse avec rétroversion* devra de même être reconnue, car la consistance de l'utérus d'une part, la mollesse du col

d'autre part seront déjà des éléments suffisants de diagnostic, et puis il ne faudra pas oublier que dans le cas d'utérus gravide enclavé dans le petit bassin, il y a toujours un symptôme essentiel, constant, c'est la rétention d'urine.

Il faut penser aussi à un *petit kyste de l'ovaire tombé dans le cul-de-sac de Douglas*, s'enflammant et y contractant des adhérences. Les symptômes sont alors identiques à ceux d'un abcès pelvi-péritonitique enkysté dans le cul-de-sac postérieur. Le diagnostic sera presque impossible.

Le *cancer du rectum* se reconnaît facilement par le toucher rectal ; il y a une infiltration parcheminée, dure et irrégulière de la paroi de cet organe, à défaut des bourgeonnements en chou fleur caractéristiques, et cependant nous trouvons signalé dans la clinique médicale d'Andral (obs. 29) un abcès pelvi-péritonitique à parois indurées comprimant le rectum et le déplaçant, qui avait été pris pour une induration squirrheuse des parois du rectum.

Il ne faut pas oublier non plus toutes les *tumeurs des parois du bassin*, surtout les tumeurs développées sur le sacrum ou à ses dépens, *exostose du sacrum* (obs. 30), *fibromes* implantés sur les trous de conjugaison du sacrum, ou sur la partie antérieure du coccyx, *ostéo-sarcomes* et même *kystes hydatiques* ; mais ces tumeurs sont si rares que nous ne les signalons que comme mémoire.

Lorsqu'il existe une grosse masse dans le cul-de-sac de Douglas sans fièvre et sans phénomènes réactionnels marqués, c'est avant tout à l'*hématocèle rétro-utérine* que l'on pensera, à l'hématocèle ancienne enkystée, dont le début a passé inaperçu. C'est avec cette affection que la confusion se fera (Obs. 25 à 28).

Dans les deux cas en effet, nous trouvons chez une femme qui a un passé génital, une tumeur irrégulière, s'étendant dans un cul-de-sac latéral plus que dans l'autre ; cette tumeur est douloureuse à la pression et elle peut s'accompagner d'une légère élévation thermique. Comme la pelvi-péritonite, elle a évolué par poussées successives. Cependant dans l'hématocèle le début a été plus brusque et la tumeur est apparue plus rapidement,

mais combien de fois ce début ne passe-t-il pas inaperçu ? Le col est toujours ramolli, quelquefois entrouvert, l'utérus hypertrophié, mais ces symptômes différentiels n'existent plus au bout de quelque temps ou du moins sont très difficiles à constater. C'est surtout l'étude des commémoratifs qui aidera au diagnostic et celui-ci ne pourra guère être affirmé que lorsqu'il y aura eu des symptômes nets de grossesse, c'est-à-dire suppression des règles pendant 1, 2 ou 3 mois, puis perte rouge brusque avec douleurs expulsives. La continuité de l'hémorragie utérine est bien un excellent signe en faveur de l'hématocèle, mais combien de fois n'observe-t-on pas de métrorrhagies abondantes chez des femmes mal réglées habituellement et qui ont de la salpingite avec pelvi-péritonite ? Il ne faudra jamais négliger dans le cas de possibilité d'hématocèle de rechercher l'écoulement de colostrum par le mamelon, signe de première importance. Quant à l'expulsion d'une caduque c'est un signe de certitude de grossesse, mais il ne faudra pas espérer le constater.

Enfin l'*hématocèle peut suppurer* secondairement, deuxième source d'erreur dans laquelle il sera facile de tomber. Si le diagnostic n'est pas fait avant la suppuration, l'évolution ne fournira aucun signe qui permettra de distinguer une hématocèle suppurée d'une pelvi-péritonite également suppurée, et ce diagnostic restera en suspens jusqu'à l'intervention.

3° La tumeur est limitée, mais surtout latérale. — Là alors le diagnostic est plus facile. D'abord la pelvi-péritonite enkystée latéralement est rare ; elle se prolonge généralement dans le cul-de-sac postérieur. On ne le confondra pas avec un *phlegmon du ligament large* ; ce phlegmon apparaît surtout du 5e au 12e jour après l'accouchement ; la douleur est très vive, mais surtout plus profonde, moins aiguë que dans la pelvi-péritonite ; le simple attouchement de la paroi abdominale ne l'exagère pas, il faut pour l'augmenter une palpation profonde. Cette douleur s'irradie vers les membres inférieurs et surtout dans la zone du nerf cutané externe. Il y a presque toujours flexion de la cuisse du côté atteint. La fièvre est toujours marquée ; dépasse au

moins 39°, mais avant tout le pouls donne des renseignements d'une haute valeur : il est accéléré, bat à 120, 130 pulsations, mais il reste net et bien frappé. Ce seront surtout le palper et le toucher qui feront faire le diagnostic : l'utérus est déplacé du côté opposé à la tumeur ; il est repoussé par elle. Si le phlegmon siège dans la gaine hypogastrique, c'est surtout le col qui est repoussé ; par le toucher on arrive de suite sur la tumeur qui dépasse notablement le cul-de-sac vaginal et cache le col ; l'utérus n'est pas complètement immobilisé et cependant la mobilisation de cet organe retentit douloureusement sur la tumeur. Celle-ci du reste adhère à l'utérus ; elle se fond avec lui ; il n'y a pas de sillon entre elle et l'utérus. De même en dehors, elle se prolonge jusqu'à la paroi pelvienne où elle est adhérente et fixée. Cette tumeur d'abord pâteuse devient dure, bosselée, irrégulière ; mais avant tout ce qui la caractérise, c'est qu'on l'a immédiatement sous le doigt ; on dirait que la paroi vaginale elle-même va être envahie.

Dans le cas de *phlegmon du ligament large proprement dit*, c'est le palper qui donne tous les renseignements par opposition à la forme précédente où le toucher seul peut faire reconnaître la tumeur.

Ici l'ont sent une masse ovoïde étendue de l'utérus à l'excavation. Au contraire par le toucher on ne sent presque rien : les culs-de-sac ne sont pas déformés ; il faut déprimer le cul-de-sac pour arriver sur la tumeur.

Si le diagnostic malgré tout reste hésitant l'évolution de la maladie viendra bientôt l'éclairer, car dans le phlegmon du tissu cellulaire, la suppuration tend à se faire rapidement et elle s'annonce par de la fièvre à grandes oscillations avec frissons, sueurs, sécheresse de la langue, diarrhée et altération rapide de l'état général.

Nous venons d'envisager les cas typiques, mais il existe aussi des *phlegmons à début insidieux*, où la douleur et la fièvre manquent presque complètement, d'autres dont toute la marche est insidieuse, se manifestant par des symptômes généraux assez vagues, mais sans aucun signe local net, d'autres absolument

chroniques où il se forme un abcès qui s'encapsule et reste indéfiniment stationnaire. Dans ces cas alors le diagnostic est des plus difficiles : il reposera sur de petits symptômes ; il faudra surtout tenir compte des névralgies dans la zône du nerf cutané externe et de la flexion légère de la jambe sur le bassin, qui plaideront en faveur de la suppuration du tissu cellulaire. Enfin il faudra se rappeler que les collections pelviennes présentent un contour régulier là où elles sont limitées par le péritoine ; qu'au contraire elles sont irrégulières du côté où elles sont limitées par des adhérences. Par conséquent la pelvi-péritonite présente une surface nette régulièrement arrondie en bas et irrégulière, plus ou moins bosselée en haut. Dans les phlegmons la disposition est inverse et la tumeur est diffuse en bas.

La *grossesse tubaire* se reconnaîtra facilement à son accroissement régulièrement progressif, à sa limitation nette, mais surtout aux symptômes de la grossesse et à l'hypertrophie de l'utérus.

Quant au *kyste de l'ovaire* typique, le diagnostic est évident. Mais il est des kystes à pédicule légèrement tordu, ou suppurés secondairement, à parois épaisses, ayant contracté des adhérences avec les parties voisines, il y a surtout des vieux kystes dermoïdes douloureux avec un peu de péritonite périkystique qui peuvent en imposer pour des pelvi-péritonites à grosse masse latérale ou antérieure. Néanmoins la régularité de la tumeur qui est globuleuse est toujours plus nette dans les kystes de l'ovaire ; il persiste assez souvent une certaine mobilité de la tumeur avec l'utérus, mais à défaut de ces légères différences, le diagnostic sera presque impossible.

Dans le cas de tumeur latérale droite et légèrement postérieure, il faudra penser aussi à l'*appendicite* pelvienne, à l'appendicite avec abcès enkysté et latent, ou à l'appendicite avec péritonite plastique avoisinante. Mais, outre que cette tumeur est toujours nettement séparée de l'utérus, elle se prolonge habituellement vers la fosse iliaque droite et il faudrait pour en imposer que son siège fut vraiment anormal. Il est vrai que dans ce cas elle coïncide souvent avec une salpingite droite et par

conséquent peut paraître avoir des relations directes avec les organes génitaux internes.

L'apparition de cette tumeur après un accouchement sera certes un élément en faveur de la pelvi-péritonite, mais élément insuffisant de diagnostic, car l'on sait la fréquence de l'appendicite avec la grossesse. Il faudra donc interroger attentivement la malade sur les commémoratifs et le début de l'affection, savoir surtout si le début s'est fait par la fosse iliaque, si la douleur a été d'abord au niveau du point de Mac Burney, puis pelvienne ou d'abord pelvienne pour s'étendre ensuite vers la fosse iliaque. En général cependant, ce diagnostic se fera assez facilement.

4° La masse est limitée, mais surtout antérieure. — La pelvi-péritonite enkystée antérieure est exceptionnelle ; quelquefois cependant on trouve une masse latérale qui se prolonge derrière la symphise et peut remonter assez haut vers l'ombilic ou dans une des fosses iliaques. Dans ces cas le diagnostic que l'on posera en l'absence des signes certains d'inflammation sera *hématocèle* (obs. 25). Nous avons vu précédemment le moyen de faire le diagnostic et nous n'y reviendrons pas. Cette tumeur pourra être prise également pour un *Kyste de l'ovaire* comme dans l'observation 28 où l'on constatait une tumeur mate, régulière, fluctuante remontant à un travers de main au-dessous de l'ombilic, mais Kaltenbach fit l'erreur parce qu'il ne tint pas assez compte du début de l'affection. La malade avait commencé à souffrir et à voir son ventre grossir immédiatement après un accouchement.

Enfin il faudra toujours penser à la *rétention d'urine* et on ne devra jamais négliger avant tout examen gynécologique de vider la vessie.

5° La tumeur est diffuse. — A côté de ces formes de pelvi-péritonite que nous avons appelées circonscrites, quoique la tumeur fut généralement irrégulière, il est comme nous l'avons vu une forme diffuse, envahissant tout le petit bassin et cette forme peut être d'un diagnostic extrêmement délicat, car elle ressemble souvent à s'y méprendre soit à la tuberculose pelvi-

péritonitique à point de départ annexiel, soit à la carcinose pelvienne, résultant presque toujours de la propagation d'un néoplasme ovarien.

Comment distinguer d'abord une pelvi-péritonite inflammatoire chronique d'une *pelvi-péritonite tuberculeuse ?*

Très difficilement dans la plupart des cas et Terrillon a déjà insisté sur cette difficulté. D'autre part M. J. L. Faure au Congrès de Rome en 1902 s'exprime ainsi : « En dehors des cas exceptionnels dans lesquels l'examen des sécrétions utérines, si on croit devoir recourir à ce moyen bien rarement utile, permettra de déceler la présence du bacille, il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale que pendant l'opération et, quelquefois même, au cours des examens histologiques ».

Cette opinion est souvent vraie, mais nous croyons que quelquefois cependant, il est possible de faire le diagnostic préopératoire de lésions annexielles tuberculeuses.

Ce qui renseignera c'est l'histoire de la malade et de la maladie. Un interrogatoire soigneux devra mettre sur la voie du diagnostic ou tout au moins éveiller l'attention. Il s'agit en général d'une femme peu développée, anémiée, mais surtout très pâle. Si l'affection actuelle n'a pas commencé après un accouchement, une fausse-couche, n'a pas succédé à une blennorrhagie bien évidente ; si elle n'a pas débuté brusquement par une crise nette avec fièvre et phénomènes réactionnels marqués il y a bien des chances pour que l'on ait affaire à une pelvi-péritonite tuberculeuse. Un excellent symptôme en sa faveur, presque un signe de certitude, sera la constatation d'un peu d'épanchement ascitique au début. Celui-ci passe souvent inaperçu, mais la femme se rappelle toujours avoir eu à un moment donné du ballonnement du ventre, avoir été obligée d'élargir ses vêtements, et cela sans qu'il n'y eût alors de réaction péritonéale intense.

L'existence de poussées de pelvi-péritonite, longues et répétées, de même les troubles précoces de la menstruation et avant tout l'aménorrhée, constituent des signes cliniques de la plus haute valeur.

Les signes physiques fournis par le toucher vaginal combiné au palper peuvent également donner des renseignements importants. On trouvera dans les culs-de-sac des masses bosselées, dures, en chapelet. Hégar et ses élèves, en particulier Alterthum, attirent l'attention sur cette sensation particulière. D'après Kehrer on doit penser à la tuberculose chaque fois qu'on sent des nodosités au niveau des angles utérins. Mais dans la forme diffuse, il est rare d'avoir cette sensation.

Enfin l'examen général, la présence de ganglions engorgés au cou, dans les aines, dans les aisselles, au niveau du mésentère, l'existence d'une autre manifestation tuberculeuse comme une fistule anale, surtout l'auscultation pulmonaire montrant des signes de congestion ou même de ramollissement à un sommet, pourront nous fournir de grands signes de probabilité, mais seulement des signes de probabilité.

Comme l'a dit le Professeur Spinelli de Naples au Congrès de Rome, le diagnostic clinique doit être confirmé par le diagnostic bactériologique. Il faudra donc faire l'examen des sécrétions utérines pour y rechercher le bacille de Koch, à la rigueur l'injection de tuberculine, surtout le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont. Mais ce diagnostic est un moyen d'exception et en réalité il est souvent impossible (obs. 33).

Il en est de même dans certaines formes de *carcinose pelvienne*. La tumeur inflammatoire simple peut tellement bien lui donner le change que quelques cliniciens consommés s'y sont trompés et que même après ouverture de l'abdomen, on a pris pour du sarcome ce qui n'était que du tissu lardacé inflammatoire (observ. 31 et 32). Evidemment le diagnostic n'est plus à faire lorsque le néoplasme ovarien s'est tellement développé qu'il a atteint l'épiploon et tout le péritoine, quand il s'accompagne d'ascite hémorragique. Là alors, le diagnostic s'impose.

Mais pourquoi diagnostiquer une tumeur inflammatoire, quand on trouve tout le petit bassin rempli d'une masse d'une dureté squirheuse, absolument fixe, irrégulière, bosselée, dans laquelle il est impossible de reconnaître même l'utérus ; que cette tumeur est apparue sans phénomènes réactionnels violents, chez une

femme d'un certain âge, de 40 à 50 ans, qui a maigri considérablement, qui est fatiguée et d'aspect cachectique ? Non, il est bien plus vraisemblable dans de tels cas de penser avant tout à un néoplasme. C'est l'allure, c'est la marche, ce sont les symptômes généraux du cancer. Et cependant ces cas existent ; ils ne sont pas d'une rareté extrême ; il est de ces sortes de tumeurs pseudo-néoplasiques et il faut bien connaître leur existence pour réserver son pronostic, et faire autre chose qu'un traitement palliatif. Ce sont ces erreurs de diagnostic qui expliquent les guérisons quasi-miraculeuses de tumeurs cancéreuses que quelques médecins ont cru obtenir.

Diagnostic positif.

Sur quoi donc baser son diagnostic ? — « Certes, bien souvent ce ne sera que sur une impression, sur des nuances cliniques minimes, sur une analyse minutieuse des signes obscurs ou cachés », et surtout sur ce qu'on pourrait appeler le flair clinique

Il ne faut pas attribuer une trop grande importance aux signes physiques observés ; il faut surtout discuter un à un chacun des signes rationnels, en particulier les caractères que présentent les douleurs, surtout les recrudescences que celles-ci peuvent offrir, voir si ces recrudescences périodiques sont accompagnées ou suivies de changements de la tuméfaction qui s'observent presque uniquement dans la pelvi péritonite. Il faut voir s'il n'y a pas une certaine disproportion entre les phénomènes physiques observés et l'état général de la malade. Il faut baser son diagnostic positif sur la rapidité d'apparition et de développement de la tumeur, mais surtout sur l'existence de *phénomènes inflammatoires* si minimes fussent-ils (obs. 34). Il faut tenir grand compte du début des accidents. En effet, dans tous les cas de tumeur inflammatoire, si la fièvre n'existe pas, on finira toujours par découvrir une *poussée fébrile initiale*, un début brusque des accidents, une sorte de crise mal caractérisée

souvent oubliée. Ce sont ces phénomènes qu'on doit rechercher avec insistance, c'est de ce côté qu'il faut serrer de près l'interrogatoire des malades, car l'existence de cette crise inflammatoire sera souvent le seul moyen d'éclairer le diagnostic, surtout si elle est survenue aussitôt ou peu de temps après un accouchement ou une fausse couche.

Dans ces cas complexes où s'exerce l'habileté du clinicien, il ne faudra pas négliger non plus les renseignements que pourra nous donner le laboratoire : en cas de doute entre une tumeur inflammatoire et une tumeur cancéreuse, il faudra faire l'examen du sang et si l'on intervient d'une manière quelconque prélever une partie de la tumeur et en faire l'examen histologique.

Examen du sang. — La leucocytose n'est qu'un accident dans les cas de cancer. Ce qui a plus de valeur, c'est l'anémie et un déficit marqué en hémoglobine ; non seulement en cas de cancer le nombre des hématies est diminué, mais la richesse globulaire l'est également. En plus on peut aussi trouver des hématies déformées, à aspect pseudo-parasitaire, des hématies nucléées, quelquefois des myélocytes. Au contraire dans les pseudo-tumeurs inflammatoires, il n'y a jamais de modifications des hématies ; la formule hématologique peut être normale ou bien l'on trouve de la polynucléose, plus souvent de la mononucléose dans cette forme chronique.

Cet examen devra être répété plusieurs fois, car la variation de la formule hématologique donnera les renseignements les plus précieux. En effet, pas ou peu de modifications dans le cas de cancer, ou alors anémie progressive ; au contraire dans le cas d'inflammation, variations importantes dans le nombre des leucocytes ou dans leur forme, variations qui peuvent commander le moment où il faut intervenir.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de la tumeur pelvi-péritonitique ne pourra pas être un ; telle ou telle opération ne conviendra pas à tous les cas et nous ne reprendrons pas ici les arguments et les discussions qui ont eu lieu à la Société de Chirurgie pour ou contre l'hystérectomie vaginale opposée à la laparotomie. Il est certain que le même traitement ne peut s'appliquer à un abcès et à une tumeur fibreuse, et puis il est des tumeurs pelvi-péritonitiques où les adhérences sont récentes et peu développées, tumeurs formées surtout par l'épiploon épaissi et l'accolement des anses intestinales, et celles-ci peuvent subir une régression complète. Ce sont ces prétendus fibromes ou tumeurs qui guérissent bien par le repos et la révulsion et dont la cure est souvent attribuée à tel ou tel médicament, à l'électricité ou à la balnéation thermale.

On devra donc toujours essayer le *traitement médical* ; il sera efficace et peut-être curatif dans les formes plastiques récentes où le processus inflammatoire est peu marqué.

Ce traitement sera avant tout antiphlogistique et sédatif : les applications de sangsues, la saignée à laquelle Nonat trouvait non seulement une action révulsive, mais encore perturbatrice, aidant à la résorption du plasma épanché, le vésicatoire, les cautères et les sétons à l'hypogastre ne sont plus guère de mode.

On les a remplacés par l'application de glace sur le ventre combinée aux injections vaginales très chaudes. L'on prescrira en outre le repos le plus absolu au lit et la suppression de toutes les causes physiologiques susceptibles de congestionner les organes pelviens, l'on veillera avec le plus grand soin à éviter la constipation. Quelques grands bains prolongés seront d'une grande utilité et à la fin du traitement, une cure aux eaux chlorurées sodiques ou sulfureuses sera du meilleur effet.

Le massage, l'électricité ont été vantés dans ces cas : ils ne paraissent pas devoir donner beaucoup de succès.

Si cette thérapeutique conservatrice ne donne rien au bout de quelques semaines, d'un mois ou deux, et ce sera presque toujours le cas dans la forme qui nous occupe, on ne devra pas s'entêter à obtenir une résolution par les moyens médicaux ; on devra opérer sans retard et ne pas laisser les malades s'affaiblir et s'épuiser.

Traitement chirurgical.

1er cas : Il y a certainement un abcès dans le cul-de-sac de Douglas. — M. Laroyenne publiait en février 1886 dans le *Lyon médical* un article sur la péri-métrite chronique avec épanchement latent purulent séreux ou hématique, article à la fin duquel il décrivait et préconisait une sonde trocart à cannelure qui servait à évacuer la collection du Douglas. A la suite de cette sonde il pouvait mettre un drain le lendemain ou le surlendemain et faire des lavages antiseptiques dans la poche. M. Laroyenne ajoutait que toutes les malades éprouvaient après l'opération un soulagement très prononcé, que certaines guérissaient complètement, mais que d'autres conservaient leurs indurations inflammatoires compliquées ou non de la persistance d'une poche réduite mais non complètement effacée.

Cela suffit il nous semble à rejeter un tel procédé de traitement.

Néanmoins, si l'on trouve un abcès nettement délimité, à

parois absolument nettes, qu'il paraît manifeste que cette collection est unique, l'ouverture large par le vagin nous paraît indiquée. Elle pourra suffire et amener la guérison complète, mais il ne faudra pas trop y compter.

2e cas : Il y a une grosse masse irrégulière ou diffuse occupant tout le bassin. — Dans ce cas, il nous semble qu'il faille plutôt faire la laparotomie que l'hystérectomie vaginale. Nous ne redirons pas tous les arguments qui ont été donnés pour ou contre l'hystérectomie vaginale. M. le Professeur Reclus écrivait même en 1891 dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* que dans les pelvi-péritonites chroniques anciennes et pour les ovaires scléreux, adhérents à l'utérus, perdus dans une gangue épaisse de néo-membranes résistantes, l'opération seule indiquée devait être l'hystérectomie vaginale.

Certes l'hystérectomie vaginale a donné de très beaux résultats ; certainement l'utérus enlevé du bassin, faisant office de bonde qui ferme les collections, celles-ci se vident et le drainage se fait facilement, mais le drainage par la laparotomie paraît tout aussi efficace et s'il ne paraît pas suffisant, rien ne s'oppose à faire un drainage par le vagin après ouverture du ventre.

Dans ces pachypelvi-péritonites formant tumeur, l'hystérectomie nous paraît plus difficile, plus dangereuse que la laparotomie ; plus difficile car les adhérences sont telles que l'utérus ne se laisse pas mobiliser (obs. 38, où secondairement on fut obligé de recourir à la laparotomie) ; plus dangereuse, parce que les anses intestinales et surtout le rectum peuvent être tellement adhérents à l'utérus et à la tumeur que leur blessure serait difficile à éviter ; parce que la vessie souvent très friable et accolée intimement à la face antérieure de l'utérus pourrait être ouverte. Enfin l'hystérectomie sera quelquefois incomplète parce que des foyers de pelvi-péritonite peuvent exister entre les anses intestinales, ou dans l'épaisseur de l'épiploon et par conséquent ne pas être ouverts.

La laparotomie paraît être préférable, parce que l'on voit exactement ce que l'on fait, et l'on a déjà beaucoup de peine à

ne pas faire de dégâts ; parce que, en présence de masses inflammatoires squirrheuses et où l'ablation de la tumeur est impossible, cette laparotomie simple suffit souvent à la guérison comme l'a bien montré M. Richelot à la Société de chirurgie en 1891, et avec lui quelques chirurgiens qui sont venus corroborer ses faits en en citant d'autres identiques.

L'ouverture et le drainage par le ventre d'un foyer suppuré enkysté n'entraîne aucun inconvénient si l'on isole bien le petit bassin. Enfin si une des annexes peut être saine, la laparotomie permet de la conserver.

Mais si l'hystérectomie dans de telles pelvi-péritonites est pénible, la laparotomie n'est pas chose simple non plus. Comme l'a bien dit M. Lejars dans l'article consacré aux tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen, elle « doit être conduite avec des précautions et une technique toute particulières ; rien n'est facile comme de perforer l'intestin ou les autres viscères creux adhérents et confondus dans la masse : il faut aller lentement, à tout petits coups, s'abstenir de libérations au doigt, s'arrêter à temps sans vouloir trop faire et trop découvrir ; et d'autre part, l'expérience montre qu'une intervention juste suffisante, qui s'est bornée à ouvrir la tumeur phlegmoneuse chronique, à sectionner les principales adhérences, à exciser ce qui vient aisément des placards fibreux, à décoller les viscères déformés et coudés, et au besoin, s'il y avait un peu de liquide louche au centre du néoplasme ou s'il persiste quelque suintement sanguin, à laisser un drain, que cette intervention sage et bien réglée est suivie presque toujours d'un excellent résultat et d'une résorption plus ou moins rapide de la tumeur pseudo-cancéreuse ».

Quelle est la conduite à tenir dans une telle laparotomie ?

Dès qu'on est arrivé dans l'interstice des droits, et que l'on a écarté les muscles, il faut chercher un point où le péritoine puisse être saisi entre les mors d'une pince à griffes, un endroit où il ne soit pas adhérent à l'épiploon sous-jacent. Quelquefois cet épiploon toujours très épaissi, de consistance et d'aspect lardacé est tellement uni au péritoine pariétal qu'il est extrêmement

difficile de trouver le plan de clivage et de le séparer. Ce décollement devra être poursuivi avec lenteur et d'autant plus de circonspection qu'on arrive vers la partie inférieure. En effet il adhère non seulement à la tumeur, mais très souvent à la vessie et à l'S iliaque. C'est là qu'est le gros danger ; cet épiploon se continue assez souvent avec les parois vésicales elles-mêmes infiltrées et épaissies ; la reconnaissance de la vessie est si difficile et les parois si minces que l'ouverture de l'organe n'est pas chose rare même par des chirurgiens très habiles (obs. **3, 12, 22, 25, 39**).

Le même danger existe pour le rectum ou l'S iliaque dont la paroi enflammée chroniquement est des plus friables (obs. **3-37**).

Au cours de ces libérations de l'épiploon et des anses intestinales souvent agglutinées, il arrive que l'on vide une ou plusieurs collections séreuses ou purulentes ; il faut les déterger avec soin et bien protéger avec des compresses la grande cavité péritonéale.

L'on arrive sur la tumeur après avoir récliné le tablier épiploïque dont on réséquera souvent une bonne partie.

Si la tumeur est diffuse, donnant l'aspect d'une gangue épaisse dont il est impossible de libérer même la plus petite parcelle, on s'assurera par le palper qu'elle ne contient aucune poche, constatation facile dans le cas présent. S'il y a une poche on l'ouvrira, on la détergera soigneusement avec des compresses, on l'assèchera convenablement et l'on drainera.

Si la tumeur est purement fibreuse, on rompra quelques adhérences dans les endroits accessibles et l'on s'en tiendra là : il est souvent dangereux de tenter une décortication et une ablation. Ces minimes opérations donnent les meilleurs résultats et même parfois la guérison complète.

Si l'on trouve plusieurs gros foyers suppurés dans le Douglas, il pourra être utile de faire un large drainage par le vagin et de fermer le petit bassin par une péritonisation soignée, déterminant le cloisonnement du bassin et son isolement de la grande cavité.

Enfin si le décollement de la tumeur est possible, si les anne-

xes sont oblitérées et inaptes à leur rôle, on fera l'hystérectomie supra-vaginale.

Quels sont les résultats de cette conduite ? sur les 33 cas inédits, nous trouvons 32 guérisons et 1 mort.

La laparotomie même simple a déterminé sinon des guérisons absolues, du moins des améliorations constantes ; et l'on ne peut attribuer cette guérison à la rupture d'adhérences puisque dans 5 cas il n'a absolument rien été détruit. La guérison se fait par un processus encore inexpliqué. Il ne faudra donc jamais être téméraire ; et dans ces formes il faudra souvent se borner à faire le strict minimum.

OBSERVATIONS

Observation 1 (résumée).

(Aran. Thèse de Siredey. Observ. 15, p. 660).

Inflammations péri-utérines consécutives à des fausses couches. Péritonite générale avec tumeur du petit bassin. Mort.

Femme de 31 ans, extrêmement amaigrie. Ventre sensiblement développé dans sa moitié inférieure. Le toucher vaginal fait reconnaître que la matrice est en antéversion complète. Elle est repoussée toute entière à droite par une tumeur située surtout à gauche, d'un volume considérable, paraissant dure, inégale, irrégulière et fournissant des prolongements le long de la partie latérale gauche et postérieure de l'utérus. Toute tentative pour passer derrière le col reste sans succès, tout l'organe est maintenu solidement par des adhérences.

La malade meurt dans le marasme.

Autopsie. — L'épiploon et les intestins sont soudés à la paroi abdominale par des adhérences solides et résistantes. Il en est de même de tous les organes du petit bassin, qui sont confondus en une seule masse absolument méconnaissable. L'utérus seul peut être découvert. Il présente un petit corps fibreux. Impossible de trouver les trompes et les ovaires droits et gauches. A leur place il existe une espèce de masse du volume du poing, de laquelle le bistouri ne fait sortir qu'un peu de sérosité accumulée dans de petits kystes et environ 4 onces d'une matière semblable à du plâtre délayé. Pas de granulations miliaires péritonéales. Le tissu cellulaire du plancher du bassin est fortement épaissi et induré.

Observation 2 (personnelle).

Pelvi-péritonite à grosses masses. Diagnostic porte : salpingite double.

Léa H., âgée de 24 ans, bonne, ne présente aucun antécédent génital bien net. Réglée à 14 ans et toujours bien réglée : jamais de retards, jamais de douleurs au moment des règles. Ni couche, ni fausse couche. Quelques pertes blanches.

En janvier 1906, sans cause appréciable, la malade est prise brusquement de douleurs violentes dans le bas-ventre qui la forcent à s'aliter pendant huit jours. La malade dit n'avoir eu à cette époque ni fièvre, ni vomissements, ni ballonnement du ventre.

Six mois après, en juillet, elle est reprise des mêmes douleurs violentes et elle vient à l'hôpital Saint-Antoine le 11 juillet. A ce moment elle a de la fièvre : 38°5, un pouls à 104, le ventre légèrement ballonné et douloureux. Au toucher on trouve un col fixé et refoulé en haut et une grosse masse bombant légèrement dans le cul-de-sac postérieur au milieu de laquelle est l'utérus qu'on ne peut limiter en haut.

Traitement : glace sur le ventre ; diète lactée.

Une détente rapide se produit, la fièvre tombe, mais la malade veut sortir de l'hôpital le 19 juillet, refusant toute opération.

En septembre, troisième crise douloureuse.

Enfin le 24 décembre en se levant, la malade éprouve de violentes douleurs absolument identiques à celles des premières crises, douleurs sourdes avec poussées aiguës, prédominantes dans le bas-ventre et irradiées vers l'articulation sacro-iliaque, quelquefois même remontant plus haut vers la ceinture. Ces douleurs ne se calmant pas, la malade rentre à St-Antoine le 31 décembre.

Son état général est bon ; température 37°4, pouls à 90 bien frappé ; pas de ballonnement du ventre, pas de nausées. Le ventre est souple et ce n'est que la palpation profonde qui réveille dans les deux fosses iliaques de la douleur, surtout du côté droit.

Au toucher combiné à la palpation hypogastrique on trouve l'utérus un peu gros, immobilisé au milieu d'une masse dure et douloureuse faisant saillie légèrement dans les culs-de-sac latéraux et dans le cul-de-sac postérieur

Diagnostic : salpingite double.

Pas de température les jours suivants et état stationnaire.

Opération le 7 *janvier* 1907.

Laparotomie. — Le péritoine incisé, on voit l'épiploon épaissi et adhérent en bas à la vessie et aux parois latérales du bassin. On le libère en bas et on le récline. L'écarteur posé, on voit une tumeur dure occupant tout le petit bassin, tumeur bien limitée au niveau du détroit supérieur par l'S iliaque contourné et épaissi.

On détache les adhérences qui unissent cette portion de l'intestin à l'utérus ; adhérences très serrées, dures, épaisses, lardacées. Au cours de ces manœuvres, on déchire une partie de la tunique externe et moyenne de l'intestin On continue la dissociation par en bas et on arrive à détacher avec peine les annexes droites qui sont ratatinées, à parois sclérosées. De ce côté on crève une petite poche kystique contenant du liquide séreux.

A gauche, même aspect des annexes et mêmes adhérences. On décide de faire l'hystérectomie sus-vaginale, vu l'état des trompes qui sont fermées. En avant le péritoine de la face antérieure de l'utérus est épaissi et adhère intimement à la vessie. En voulant décoller celle-ci, on déchire même une partie de sa tunique externe. Enfin on trouve un plan de clivage et l'hystérectomie se poursuit sans incidents. On a cependant de la peine à bien isoler les vaisseaux utérins qui sont enchâssés dans une gangue scléreuse très dure. Péritonisation. Enfouissement de la portion vésicale altérée. Suture par points séparés de la tunique intestinale déchirée.

Examen des pièces. — *Utérus* petit, globuleux à parois épaisses et indurées.

Trompe droite : De volume normal dans sa moitié interne ; très épaissie dans sa partie externe. Pavillon dont les franges sont agglutinées, sclérosées et adhérentes entre elles. A la coupe, la paroi a 7 à 8 mm. d'épaisseur dans sa moitié externe. Oblitération au niveau de l'ostium uterinum.

Trompe gauche : Un peu moins grosse ; même état du pavillon, mais sclérose moins accentuée. Trompe perméable dans toute son étendue quand on a décollé les franges du pavillon. A la coupe, la paroi a de 5 à 6 mm. d'épaisseur dans la portion ampullaire.

Examen histologique. — Sclérose marquée.

La malade sort le 27 janvier complètement guérie.

Observation 3 (personnelle).

Pelvi-péritonite diffuse. Laparotomie. Guérison.

Clémentine L., femme D., âgée de 45 ans entre à l'hôpital Saint Antoine le 13 juin pour douleurs très violentes dans le ventre.

Cette femme réglée à 16 ans avait des règles régulières, un peu douloureuses, durant huit jours jusque il y a quatre ans. Depuis cette époque elle a de temps à autre des pertes rouges assez abondantes et est réglée très irrégulièrement.

Il y a six mois, en mai dernier, après un retard de quinze jours, la malade a eu une perte très abondante accompagnée de fortes douleurs dans le bas-ventre. Au bout de quelques jours apparaissent de vagues douleurs dans le ventre, douleurs qui s'accentuent peu à peu, et se généralisent. En juin elles deviennent très violentes, s'accompagnent de météorisme et de vomissements bilieux, puis verdâtres. L'état devient si grave que la malade est envoyée d'urgence à l'hôpital par son médecin.

A l'examen à son entrée, on s'aperçoit qu'il s'écoule du pus par le vagin. Le ventre est ballonné, douloureux surtout dans la partie inférieure. Au toucher on sent un col immobilisé et une grosse masse assez dure emplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux et impossible à bien limiter en haut. Le pouls est rapide ; la température est à 39°. On pose le diagnostic de pelvi-péritonite avec abcès ouvert dans le vagin. Traitement : glace sur le ventre.

Les douleurs se calment ; le ventre s'aplatit, la température baisse, mais oscille toujours autour de 38°. Pendant quinze jours il en est ainsi ; le pus continue à couler en petite quantité avec des arrêts de un jour ou deux. Au bout de quinze jours l'orifice se ferme, mais on constate qu'il reste toujours une grosse tuméfaction dans le petit bassin. Néanmoins la malade est mieux ; cette amélioration est de courte durée, car au bout de 4 ou 5 jours la température remonte à 40°. Le ventre se reballonne et de grands frissons apparaissent. Puis le lendemain l'abcès se rouvre dans le vagin et disparaissent les symptômes d'irritation péritonéale.

Pendant un mois et demi il en est ainsi ; il coule toujours un peu de pus. Au début d'août, la malade se trouve beaucoup mieux et elle sort de l'hôpital très faible, fortement amaigrie.

Chez elle, elle a une bonne période pendant laquelle elle a un peu d'appétit et reprend. Mais au bout de six semaines, les symptômes douloureux reparaissent et la malade revient à l'hôpital le 8 octobre 1906.

Nous la voyons alors quelques jours après, en rentrant de vacances. Elle raconte qu'elle a à chaque instant des pertes rouges très abondantes et très douloureuses. Elle se plaint beaucoup de ces douleurs qui existent dans tout l'abdomen, mais avec prédominance dans le bas-ventre. Ces douleurs surviennent par crises et s'irradient surtout vers la région lombaire et les membres inférieurs. La malade est pâle, amaigrie. Le pouls est un peu rapide ; la langue bonne ; température à 38°. Le ventre est légèrement ballonné dans sa partie inférieure. La palpation réveille l'existence d'une masse dure, occupant toute la partie inférieure du ven-

tre, s'étendant d'une crête iliaque à l'autre et allant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Toucher. — Col en arrière, petit. Cul-de-sac postérieur assez profond, déprimé en arrière (sans doute le point d'ouverture de l'abcès). En avant : masse dure, épaisse, dans laquelle on ne reconnaît pas l'utérus. Cette masse se prolonge sur les côtés, surtout à droite.

Pendant un mois état stationnaire ; la température est aux environs de 37°5 montant quelquefois jusque 38°.

On se décide à intervenir :

Opération le 24 novembre 1906.

Laparotomie médiane. — Arrivé sur le péritoine, on voit celui-ci adhérer intimement à la paroi et à la masse sous-jacente. On agrandit l'incision vers l'ombilic et à deux ou trois travers de doigt au dessous de celui-ci, on trouve le péritoine libre. On décolle de haut en bas le péritoine pariétal de l'épiploon qui est épaissi, d'apparence lardacée et qui forme une grande plaque de 1/2 cm. d'épaisseur, allant jusqu'à la vessie. Les adhérences sont de plus en plus marquées vers la partie inférieure. En essayant de libérer cette plaque de la vessie avec les plus grandes précautions, le doigt entre dans la vessie dont tout le sommet se déchire. On libère cependant la masse fibreuse, puis on suture avec peine la vessie en deux plans, car le tissu est extrêmement friable.

La masse fibro-épiploïque réséquée dans sa partie inférieure, on voit l'intestin intimement accolé à l'utérus qu'on sent sous la vessie et qui est recouvert d'une coque grisâtre. Il y a du reste comme un deuxième plan où l'on a peine à distinguer les organes. On essaie de libérer la base de l'utérus de l'intestin, mais dès le début de cette manœuvre faite au doigt, on entre dans l'S iliaque dont la paroi est d'une friabilité extrême ; aussi la suture de la perforation est-elle très difficile. Comme on ne sent aucune collection dans la profondeur et qu'il n'y a que des adhérences, on s'en tient là et on referme le ventre après avoir laissé deux drains.

Examen histologique du fragment épiploïque adhérent (dû à l'obligeance de M. le Dr Vitry).

Tissu fibreux assez épais ; quelques hémorragies capillaires ; nombreuses vacuoles graisseuses ; infiltration par places de cellules lymphatiques formant de nombreux petits nodules péricapillaires et quelques follicules. Toutes ces cellules lymphatiques sont semblables ; il n'y a pas de cellule géante.

Résumé : nodules inflammatoires simples.

Inoculation au cobaye (faite par notre excellent collègue et ami Esmein).

Fragment de tissu inoculé à deux cobayes après dilution et fragmentation dans du bouillon stérile.

Cobaye n° 1. Inoculation sous-cutanée.

Cobaye n° 2. Inoculation sous-péritonéale.

Les résultats obtenus ont été analogues : mort de l'animal en 24 h.

A l'*autopsie* : septicémie aiguë, congestion viscérale généralisée.

Le sang du cœur est fertile : streptocoque et coli bacille. Le péritoine contient une petite quantité de bouillon sale : des préparations colorées montrent une faible réaction leucocytaire (polynucléaires), plus les microbes déjà trouvés dans le sang. Il s'agissait donc de tissus infectés par des microbes nettement virulents. Peut-être l'agent causal était-il le seul *streptocoque* (car dans les septicémies rapidement mortelles, les microbes saprophytes de l'intestin, coli-bacille surtout, passent souvent dans la circulation générale).

Pendant deux ou trois jours état excellent : les drains sont enlevés le 2e jour car il ne coule rien.

Au 2e pansement (6e jour) petite fistule stercorale qui dure 4 ou 5 jours. Quand celle-ci est tarie, on s'aperçoit qu'il y a une fistule urinaire.

Au bout de huit jours, comme elle ne se ferme pas on met à demeure une sonde de Malécot. La fistule se tarit ; la malade urine bien. Après 10 jours on enlève la sonde ; dès le lendemain la fistule est réapparue. Remise de la sonde pendant 15 jours ; mais dès qu'elle est enlevée la malade souffre de nouveau du ventre et a même de petits vomissements. La température normale jusqu'alors remonte à 38°6. Il n'y a pas de fistule. Cet état persiste du 24 au 27 décembre. On replace la sonde et immédiatement il y a une atténuation des douleurs. La malade va bien ; la température est à 37° ; on retire définitivement la sonde le 6 janvier. La plaie est complètement cicatrisée et la malade sort de l'hôpital le 13 janvier 1907.

Au toucher : les culs-de sac postérieur et latéraux, sont indurés, résistants, un peu douloureux.

Observation 4 (personnelle).

Pelvi-péritonite suppurée formant tumeur. Laparotomie. Ouverture de l'abcès. Guérison.

Mme F. Marie, concierge, âgée de 35 ans, entre à l'hôpital St-Antoine le 27 octobre 1906.

Cette malade, réglée à 14 ans a toujours été bien réglée. Il y a 18 ans a eu un enfant ; et il y a 12 ans a fait une fausse couche.

Depuis plusieurs années, elle se plaint d'avoir de temps en temps des douleurs dans le bas-ventre, surtout lorsqu'elle fatigue.

Le 25 octobre dernier, elle est prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre avec grand frisson. Ces douleurs surviennent par crises aiguës, peu espacées et l'empêchaient de dormir. Elles s'accompagnèrent de vomissements alimentaires, puis bilieux, et d'un peu de fièvre. Pas de matières ni de gaz pendant la journée du 26, si bien qu'on l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

A son entrée, les douleurs étaient un peu calmées ; plus de vomissements ; température 38°. Pouls 110. Ventre un peu ballonné, douloureux à la palpation surtout dans la fosse iliaque droite où il existe un peu de contracture.

La langue est humide, le facies peu altéré.

Au toucher, on ne constate que de la résistance et de l'empâtement en avant et dans les culs-de-sac latéraux surtout à gauche. La limitation en est impossible (car la malade est très grasse). On pose le diagnostic d'appendicite probable, et on fait appliquer de la glace sur le ventre et impose la diète absolue.

Dès le lendemain, amélioration notable ; des gaz sont rendus par l'anus. L'amélioration continue les jours suivants ; la température oscille entre 37° et 38°. Le 30 octobre, le toucher plus facile fait reconnaître une grosse masse remplissant le cul-de-sac gauche.

Jusqu'au 15 novembre, on continue la glace sur le ventre.

Examen le 6 décembre. — La température est à 37° depuis 20 jours.

La palpation du ventre permet de constater la présence d'une masse lisse dans la fosse iliaque droite et se prolongeant à gauche et en bas où elle franchit la ligne médiane.

Toucher. — Grosse masse dans le cul-de-sac latéral gauche.

Trompe perceptible à droite.

Diagnostic porté : salpingite double avec appendicite.

Opération le 8 *décembre* 1906.

Laparotomie médiane. — On tombe sur une grosse tumeur remplissant le petit bassin et recouverte par l'épiploon adhérent. Au centre, on sent et découvre le fond de l'utérus. A gauche en décollant le péritoine on ouvre un abcès contenant 100 gr. environ de pus phlegmoneux, abcès limité par une paroi fermée. On ne trouve pas d'autres poches. A droite on sent des annexes petites, voilées par des adhérences épiploïques. Rien du côté de l'appendice. On ne prolonge pas plus loin et on met un drain dans l'abcès en accolant l'épiploon à la paroi.

La malade sort très bien portante le 10 janvier 1907. En la touchant, on ne sent plus de masse appréciable.

Observation 5 (inédite).

(due à l'obligeance de M. le docteur Bazy).

Pelvi-péritonite adhésive. Laparotomie. Guérison.

Mme V. Louise, ménagère, âgée de 27 ans, entre à Beaujon le 16 mai 1902.

Réglée irrégulièrement. Pertes blanches abondantes. A 24 ans, premier accouchement normal ; à 26 ans, deuxième enfant ; les règles ne sont réapparues que 8 mois après Souffre dans le ventre depuis, mais surtout depuis 3 ou 4 mois. Paraît avoir fait une fausse couche de 1 mois il y a 3 semaines ; à la suite de celle-ci sont apparues des douleurs très intenses dans le ventre qui ont été calmées par l'application de glace sur l'abdomen.

Examen. — Toucher : Col rejeté à gauche et en arrière ; la mobilisation de l'utérus est douloureuse. Les culs-de-sac sont douloureux. Il sort par l'utérus un liquide à odeur fétide.

Examen le 9 juillet. — On trouve une grosse masse salpingienne à gauche ; à droite le cul-de-sac est plus dépressible, mais il y a également une masse du volume d'une noix.

Opération le 25 juillet 1902.

Laparotomie. — L'intestin grêle adhère au pubis assez intimement. On détache ces adhérences de même que celles qui l'unissent à la paroi, à la vessie et au bord supérieur de l'utérus. On dégage ainsi la face antérieure de l'utérus ; la face postérieure dans toute son étendue adhère au rectum, jusqu'au fond du Douglas. Les trompes sont elles-mêmes adhérentes aux parties voisines ; les pavillons sont recroquevillés et épaissis. Résection de la trompe droite qui paraît plus malade ; on détache toutes les adhérences et notamment celles qui unissent la vessie à l'utérus.

Drainage.

La malade sort guérie le 17 août.

Observation 6 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite ancienne avec petit abcès de l'ovaire. Laparotomie. Guérison.

Opération le 27 décembre 1900.

Laparotomie. — Liquide citrin dans le cul-de-sac antérieur. Epiploon adhérent au sommet de l'utérus par des tractus épais, solides, anciens. Il en est de même de l'intestin grêle. On sépare l'utérus en le rasant avec des ciseaux. Plus bas, l'utérus adhère encore au colon pelvien. Annexes gauches sont tombées dans le cul-de-sac postérieur. L'ovaire contient un abcès à pus verdâtre.

Trompe épaissie, rouge, sans abcès. Ablation des annexes.

A droite, la trompe est très adhérente aux parois du bassin et au cœcum.

Elle est épaissie ; l'ovaire paraît sain. Ablation.

Drain. Mickulicz.

La malade sort guérie le 25 janvier 1901.

Observation 7 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Lejars*).

Pelvi-péritonite à grosse masse. Laparotomie. Drainage. Guérison.

Mme Lydie L., âgée de 32 ans, concierge, entre à Beaujon, le 17 novembre 1896.

Réglée à 15 ans et toujours bien réglée.

Deux accouchements normaux : le 1er à 19 ans, le 2e à 27 ans. Une première fausse couche à 31 ans et une seconde au mois de mai dernier.

Il y a 15 jours la malade ayant un retard de 3 semaines, perd en même temps qu'elle est prise d'une douleur brusque dans le bas-ventre avec irradiations dans la région lombaire. Ces douleurs devenant de plus en plus fortes, elle vient à l'hôpital. Elles ne se sont pas accompagnées de vomissements.

Examen. — Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression surtout dans la fosse iliaque gauche. La palpation fait reconnaître une grosse masse qui remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Par le toucher, on trouve le col collé contre la symphise et derrière lui une masse arrondie très dure qui est en continuité avec la masse abdominale.

Peu ou pas de température.

Opération le 21 novembre.

Laparotomie. — On tombe sur une masse qui remonte au dessus du bassin et qui est recouverte d'intestin intimement adhérent. On ne voit ni ne sent l'utérus ni les annexes. A gauche on ébauche la décortication en décollant un peu l'intestin ; après avoir dissocié des adhérences très épaisses, il s'écoule du pus : on protège avec des compresses la masse intestinale. Agrandissement de l'ouverture qui conduit dans une vaste poche, remplie d'environ 1/2 litre de pus. Détersion avec des tampons ; gros drain entouré de deux lamelles de gaze iodoformée ; Réunion du reste de la paroi.

Sortie le 31 décembre 1896.

Observation 8 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite à grosse masse antérieure. Laparotomie. Guérison.

Mme M., entrée à Beaujon le 16 mars 1906. Pas d'observation.

Opération le 16 mars 1906.

Laparotomie. — L'épiploon adhère sur une étendue considérable à la paroi antérieure. Cette adhérence est très intime, très ancienne et se laisse difficilement détacher : l'épiploon est très épaissi et d'apparence lardacée ; il adhère en bas à la vessie et à la tumeur sous-jacente. Celle-ci mise à nu apparaît nettement fluctuante ; on la ponctionne avec un gros trocart ; il ne sort rien, mais en retirant le trocart, on voit sortir des masses gélatineuses et blanchâtres qui font d'abord penser à un kyste hydatique ; il n'en est rien. Les parois de la tumeur sont très épaisses et c'est avec les plus grandes peines qu'on peut détacher la tumeur située dans le cul-de-sac postérieur et adhérente au rectum, à l'utérus et aux parois pelviennes. On est même obligé d'entamer l'utérus pour la détacher en avant. Ablation des annexes gauches dont la trompe est fermée et ratatinée. Les annexes droites peu volumineuses sont

laissées en place, car elles sont englobées dans un magma fibreux extrêmement serré et adhérent.

Drain. Mèche.

Observation 9 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Lejars*).

Pelvi-péritonite ancienne prise pour une salpingite gauche.

Mme D., 23 ans, sans profession. Hôpital Tenon. Pas d'observation. Diagnostic fait : salpingite gauche.

Opération le 12 *avril* 1904.

Laparotomie. — L'épiploon adhère au péritoine pariétal jusqu'au pubis ; on le détache, puis on en résèque un segment après ligature. On décolle peu à peu et avec peine le fond de l'utérus et les annexes qui sont enveloppés d'un feutrage fibreux très serré. Lorsque la libération est complète, on voit que l'utérus est petit, en position normale ; les annexes sont composées de chaque côté, d'une trompe petite et régulière et d'un ovaire moyen, un peu kystique. On les laisse en place. Excision de l'appendice qui est d'aspect un peu cicatriciel à son extrémité. Réunion.

Sort guérie le 21 mai ,ne souffrant plus.

Observation 10 (personnelle).

Pelvi-péritonite avec salpingite légère. Laparotomie. Guérison.

Mme C. Hortense, employée de commerce, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 19 mai 1899.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Pas d'enfants ni de fausses couches.

Il y a un an a eu des pertes jaunes, verdâtres, très abondantes et une période de 1 mois pendant laquelle elle a souffert en urinant. C'est depuis cette époque qu'elle souffre dans le bas-ventre et surtout à droite. Soignée alors dans le service de M. le professeur Pozzi pour salpingite et pelvi-péritonite. Après 2 mois de traitement elle sort améliorée. Il y a 4 mois nouvelle période de douleurs intenses qui la fait rentrer à Broca

où elle reste 5 semaines ; elle en sort parce qu'elle ne veut pas se laisser opérer.

Depuis le 15 mai les douleurs ont augmenté d'intensité : elles prédominent toujours à droite et s'irradient vers la région lombaire. Ces douleurs sont exagérées par le moindre mouvement. Constipation opiniâtre ; perte d'appétit ; soif vive ; pas de vomissements. Pouls à 118.

Examen. — Le ventre est un peu ballonné, douloureux à la palpation surtout dans les fosses iliaques.

Toucher. — Dans le cul-de-sac latéral droit, on trouve une sorte de cupule dans laquelle on enfonce le doigt. Derrière cela, une masse dure, ferme, difficile à délimiter. Cul-de-sac gauche à peu près libre. Utérus en légère antéversion.

Opération le 6 juin 1899.

Laparotomie. — L'épiploon recouvre comme un voile le bord supérieur de l'utérus et adhère à la vessie. Ces adhérences sont assez fermes. On les rompt ; on arrive sur l'utérus dont la face postérieure adhère au cul-de-sac de Douglas par des tractus épais et durs au milieu desquels on trouve des collections séreuses que l'on ouvre. On isole la trompe droite et l'ovaire prolabés : la trompe est irrégulière, dure et les franges du pavillon sont agglutinées entre elles. On enlève la trompe et on laisse l'ovaire.

A gauche les annexes prolabées également sont plus altérées qu'à droite ; on enlève la trompe seule.

Après toilette du péritoine, on ferme par 3 plans. La malade sort guérie le 27 juin.

Observation 11 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite adhésive avec abcès. Laparotomie. Guérison.

Mme S. Marie, domestique, âgée de 30 ans, vient à Beaujon le 29 mai 1899, parce que depuis 3 jours elle a des douleurs très vives dans le ventre. Cette crise a débuté le 26 mai brusquement par une douleur intense dans la fosse iliaque droite, avec fièvre, frissons, maux de tête et vomissements bilieux.

On ne trouve chez elle aucun antécédent génital. Cependant l'an dernier, la malade dit avoir été prise de phénomènes absolument semblables à ceux de ces jours derniers et elle fut soignée pendant 2 mois à Cochin. Elle en sortit paraissant guérie.

Examen. — En palpant la fosse iliaque droite, on sent une masse dure située au-dessous et à droite de l'ombilic. Par le toucher on trouve un utérus assez mobile, qu'on limite bien et dans le cul-de-sac latéral droit une masse du volume d'une orange remontant jusqu'à l'ombilic et paraissant fluctuante.

2e *examen le* 12 *mai.* — La masse droite paraît moins volumineuse, beaucoup plus dure et plus irrégulière.

Diagnostic porté : Appendicite ou annexite droite.

Opération le 13 *juin* 1899.

Laparotomie. — Epiploon adhérent à la paroi et au cul-de-sac prévésical. On le détache avec peine de l'utérus, mais surtout des annexes droites. De ce côté on ouvre un abcès de la grosseur d'une noix. L'épiploon est finalement dégagé : il est épais, dur. On détache aussi le gros intestin et l'intestin grêle adhérents.

Les annexes droites sont tellement atrophiées qu'on ne les retrouve pas tout d'abord ; elles sont englobées dans des adhérences contre la paroi du bassin. On enlève la trompe. A gauche, c'est avec grande peine également qu'on peut isoler la trompe et l'ovaire enserrés dans des adhérences très dures. Ligature et ablation.

Mickulicz. Drain.

La malade quitte l'hôpital le 18 juillet allant très bien.

Observation 12 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite fibro-kystique. Laparotomie. Guérison.

Mme D. Marie, parfumeuse, âgée de 25 ans, est malade depuis 3 ans : elle ressent une douleur dans le bas-ventre, douleur intermittente, exacerbée par la marche et au moment des règles. Depuis un mois ces douleurs sont plus violentes et elle entre à Beaujon le 16 avril 1901. Dans ses antécédents, l'on trouve au début de la période douloureuse, des pertes jaunâtres avec mictions douloureuses et fréquentes.

Examen. — La malade a une légère teinte subictérique. Ventre un peu ballonné, douloureux à la pression profonde vers les fosses iliaques.

Toucher. — Utérus haut situé. Masse ferme, douloureuse, un peu bosselée dans le cul-de-sac latéral droit ; dans le cul-de-sac gauche, à côté du bord gauche de l'utérus on sent un chapelet formé de trois saillies irrégulières.

Examen le 2 mai. — Masse beaucoup moins volumineuse à droite ; l'utérus se mobilise ; petit noyau dans le cul-de-sac gauche.

Diagnostic porté : salpingite double.

Opération le 3 mai 1901.

Laparotomie. — L'abdomen ouvert, on voit de suite une grosse tumeur kystique à parois minces, d'apparence glabre, contenant un liquide séreux que l'on évacue par ponction. L'utérus est recouvert de fausses membranes anciennes qu'on est obligé de couper aux ciseaux. La vessie adhère de même fortement à l'utérus. Ablation pénible des annexes de chaque côté car elles sont très adhérentes. Les trompes sont ratatinées, oblitérées, contournées en Z surtout la gauche ; celle-ci est oblitérée dans toute son étendue. Ovaires scléreux, kystiques. La face postérieure de l'utérus adhère au rectum.

Suites de l'opération normales.

La malade sort guérie le 25 mai.

Observation 13 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite à grosse masse avec salpingite double. Laparotomie. Guérison.

Mme S., Caroline, porteuse de pain, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 24 avril 1901 pour des douleurs dans le bas-ventre, douleurs apparues il y a huit jours au moment de ses règles après un refroidissement. Ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements et de diarrhée, de fièvre et d'anorexie complète.

Aucune maladie antérieure. Toujours bien réglée.

Température à 38°.

Examen. — Ventre un peu ballonné, résistant surtout à droite.

Toucher. — Utérus repoussé en avant et immobilisé dans une gangue douloureuse de consistance ferme. Il semble qu'il y ait une collection fluctuante dans le cul-de-sac latéral gauche. Dans le cul-de-sac postérieur existe une masse assez dure surtout vers le côté droit. Cette masse dure se sent encore mieux dans le cul-de-sac latéral droit et remonte dans la fosse iliaque droite jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Du 25 avril au 7 mai : état stationnaire. La température oscille autour de 38°.

Opération le 7 mai 1901.

Laparotomie. — L'épiploon apparaît œdémateux, adhérent à la paroi abdominale. On est obligé de l'écarter, car il adhère à la masse que l'on sent dans la fosse iliaque droite. Il est impossible de savoir quelle est cette masse qui vient sur la ligne médiane jusque dans la cavité de Retzins ; on suppose que c'est la vessie ; c'est pourquoi on va du côté gauche récliner l'épiploon petit à petit, et le détacher de ses adhérences inférieures. En rompant ces adhérences sans effort, on ouvre en arrière de cette masse une collection à contenu moitié séreux, moitié purulent. On remarque alors qu'il y a dans ce point, en avant de l'utérus, une cavité qui est séparée en deux par une membrane horizontale un peu épaisse. Pensant qu'on a ouvert la vessie, on explore la cavité au doigt, mais on ne peut reconnaître l'orifice uréthral. Néanmoins cette disposition ne peut s'appliquer qu'à cet organe : l'introduction d'une sonde montre que c'est bien la vessie qui est ouverte sur une longueur de 3 cm. environ dans le sens transversal. La suuture en est très difficile car les parois sont très friables.

Les annexes gauches extrêmement adhérentes sont détachées avec peine et incomplètement. A droite, il existe un abcès à contenu fétide, situé contre le bassin, en dehors des annexes. Ablation de ces annexes aussi complète que possible. Péritonisation.

Drain. Mèche.

Suppuration pendant assez longtemps. Finalement sort guéric le 10 juin.

Observation 14 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite à grosse masse avec petit abcès de l'ovaire. Laparotomie. Guérison.

Mme V., Catherine, employée, âgée de 32 ans, souffre du ventre depuis ses dernières couches seulement ; les 3 premiers accouchements avaient été normaux.

Le 18 décembre dernier la malade a été prise de douleurs violentes dans le bas-ventre avec frissons et fièvre. Continuant à souffrir elle entre à l'hôpital Beaujon le 28 décembre 1902.

Examen : Toucher combiné au palper : Col caché derrière la symphise. Le cul de-sac postérieur est occupé par une masse ferme, très douloureuse : cette masse remonte jusqu'à trois travers de doigt au-des-

sus du pubis et occupe également tout le cul-de-sac latéral gauche. Le cul-de-sac latéral droit paraît plus libre.

Pas de fièvre. Le 2 et 3 janvier, la malade fait 38° le soir, le 4 janvier 37°5 et le 5 retombe à la normale.

18 *janvier*. La malade se plaint du côté droit : Au toucher on constate que le cul-de-sac latéral droit est bombé, qu'il contient une masse dure, impossible à délimiter.

Diagnostic porté : pelvi-péritonite avec salpingite double.

Opération le 7 février 1902.

Laparotomie. — L'épiploon, adhérent à la paroi, recouvre complètement l'utérus et va adhérer à la vessie. On le détache assez facilement, mais du côté gauche, au niveau du bord supérieur du ligament large il est tellement épaissi qu'on est obligé de le sectionner. L'S iliaque et l'intestin grêle adhèrent à la face antérieure et au bord supérieur de l'utérus. Les adhérences de l'S iliaque sont très anciennes, très serrées, très fermes ; celles de l'intestin grêle sont un peu moins serrées. On dégage avec peine la face postérieure de l'utérus ; puis les annexes droites ; pendant ce décollement on ouvre un petit abcès à contenu crémeux paraissant formé aux dépens de l'ovaire. Ablation de ces annexes.

Du côté gauche les adhérences sont tellement anciennes avec les parois du bassin et l'S iliaque qu'il y a là une véritable tumeur, mais extrêmement difficile à dissocier. On arrive à enlever une petite partie de l'ovaire, mais il paraît imprudent d'insister et on laisse la trompe qui est perdue au milieu d'un tissu scléreux inflammatoire.

Drainage.

Observation 15 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite avec annexite double. Guérison.

Opération le 7 février 1905.

Laparotomie. — L'utérus est en rétroflexion et l'on ne peut l'attirer tellement il est adhérent au cul-de-sac de Douglas. C'est avec beaucoup de peine que l'on détache ces adhérences très serrées. Les annexes forment une masse avec l'utérus ; elles lui adhèrent fortement ainsi qu'aux parois du bassin. Les adhérences sont aussi marquées à droite qu'à gauche. Les deux trompes, mais surtout la droite, sont dilatées, bosselées, irrégulières et remplies par un liquide séreux. Hystérectomie subtotale.

La malade sort guérie le 15 mars.

Observation 16.

Salpingo-ovarite hémorragique avec grosse pelvi-péritonite. Extirpation des annexes. Guérison.

(Routier. *Communication à la Société de Chirurgie*, 14 nov. 1888).

Cette malade âgée de 37 ans a accouché en 1886. Douleurs très vives dans le ventre avec pertes blanches la font entrer à Necker dans le service du Professeur Guyon où elle reste pendant plusieurs mois.

Il y a 3 semaines, métrorrhagie fort abondante pour laquelle elle vient à Laennec. Douleurs vives, surtout à gauche. Le ventre est globuleux, bien arrondi, on croit qu'on va sentir un kyste ovarique : la palpation donne aussi la sensation d'une tumeur peu tendue, mais sonorité partout. Utérus peu mobile, incliné à droite, douloureux à la mobilisation. Au fond du cul-de-sac droit, tuméfaction qui remonte le long de l'utérus. Rien à gauche.

L'examen sous chloroforme confirme l'existence de cette tuméfaction à droite.

Opération le 19 *sept.* 1888.

Laparotomie. — Le péritoine pariétal très épaissi a l'aspect grisâtre du carton mouillé. L'abdomen ouvert il s'écoule quelques cuillerées de liquide ascitique et on voit une fausse membrane grisâtre qui cache tout le paquet intestinal et qui d'un point adhérent au pubis, s'étend jusque vers les parties supérieures. C'est l'épiploon quadruplé d'épaisseur par cette néo-formation. Je détache péniblement l'épiploon de la paroi, ouvrant à droite et à gauche, de petits kystes tantôt séreux, tantôt sanguins. Enfin je peux plonger dans le petit bassin. Je détache, non sans peine, l'ovaire et la trompe gauches fortement adhérents, délatés et kystiques, ligature du pédicule et section. Alors seulement je sens l'utérus et les annexes droites qui forment une tumeur grosse comme une mandarine. Décortication, pédiculisation, ligature et section : l'ovaire et la trompe sont remplis de sang noir coagulé comme une vieille hématocèle.

Fermeture sans drainage.

Les suites ont été des plus simples.

Observation 17 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Salpingite avec pelvi-péritonite à grosse masse. Laparotomie. Guérison.

Mme J. Virginie, ménagère, âgée de 25 ans, entrée à l'hôpital Beaujon le 24 janvier 1899.

Aucun antécédent.

A commencé à souffrir il y a un an 1/2 dans le côté gauche : douleurs assez vives, par crises, avec irradiations dans la région lombaire et dans les cuisses. Depuis 5 ou 6 mois, pertes blanches abondantes, mais surtout troubles digestifs marqués.

Examen : Toucher : col de l'utérus regarde en arrière.

Dans le cul-de-sac postérieur, masse énorme et surtout dans le cul-de-sac latéral droit. Il existe aussi en avant, derrière la symphise une grosse masse du volume d'une orange. Très peu de chose dans le cul-de-sac latéral gauche.

La malade est revue le 14 février : l'utérus est refoulé en avant par une masse énorme, dure, comprimant le rectum, mais paraissant plus molle en certains points.

Opération le 18 *février* 1899.

Laparotomie. — C'est avec précaution qu'il faut ouvrir l'abdomen à cause des adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale. Cet épiploon très épaissi adhère en bas à l'utérus et à la vessie. On le détache avec soin et on ouvre un abcès à pus crémeux très épais, situé entre l'épiploon et le fond de l'utérus. En suivant la face postérieure de l'utérus pour le porter en avant, on ouvre un nouvel abcès à contenu moins épais, jaunâtre, non odorant. Les annexes gauches sont adhérentes à l'intestin voisin ; en les énucléant, on ouvre un abcès et deux kystes adventices à contenu séreux. Résection de ces annexes après ligature.

Du côté droit, on ouvre également deux abcès dont l'un est situé contre l'intestin ; on croit même qu'il communique avec le rectum, mais il n'en est rien. Ablation des annexes.

Mickulicz et drain.

(La saillie que l'on sentait au-dessous du pubis était formée par l'épiploon épaissi et par les abcès situés entre cet épiploon et le fond supérieur de l'utérus).

La malade sort guérie le 9 mars.

Observation 18 (inédite).

(due à l'obligeance de M. le docteur Bazy).

Occlusion chronique par tumeur du petit bassin comprimant le rectum Laparotomie. Mort.

Mme S., Marie, couturière, âgée de 48 ans entre à l'hôpital Beaujon le

14 février 1900 parce qu'elle souffre beaucoup du ventre et qu'elle a des nausées.

Cette femme, toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 42 ans, a pendant 2 ans des règles douloureuses, irrégulières, quelquefois très abondantes avec caillots. Depuis 4 ans elle ne voit plus du tout, mais continue à souffrir. Ces douleurs se sont accrues depuis 2 mois jusqu'à devenir intolérables ces jours derniers en même temps que le ventre se ballonnait.

Peu de choses intéressantes dans son histoire : cependant elle dit être entrée à Lariboisière à l'âge de 33 ans pour une tumeur qu'on ne voulut point opérer.

L'examen est très difficile : l'abdomen surdistendu est sonore partout sauf une légère submatité dans l'hypogastre.

Le toucher montre une masse dure remplissant le cul-de-sac postérieur. Il semble donc bien que là est la cause de l'obstruction et que cette tumeur est fibreuse ou néoplasique.

Opération le 20 *février* 1900.

Laparotomie. — Tout le petit bassin est occupé par une masse comprimant le rectum et expliquant l'occlusion que présentait la malade. Cette masse est si ferme et si dure, adhérente si intimement à l'utérus, que l'on pense qu'il s'agit là d'un fibrome, d'autant plus que l'on voit un petit fibrome très net sur le bord supérieur de l'utérus. On enfonce le tire-bouchon dans cette masse pour avoir un point d'appui qui permette de détacher la tumeur des organes voisins et en particulier du rectum. C'est avec la plus grande peine que l'on peut faire cette séparation, tant les adhérences sont dures et serrées.

Pendant cette manœuvre, on ouvre un abcès d'où s'échappent du pus très épais et des gaz odorants. La masse est finalement détachée : elle a la grosseur d'un très gros œuf de poule et est constituée par des adhérences enserrant la trompe et l'ovaire gauches. Les ligatures des pédicules paraissent inutiles, tellement les vaisseaux semblent atrophiés.

Du côté droit, l'ablation des annexes est tout aussi laborieuse.

L'S iliaque est énormément distendu ; on l'abouche à la peau et l'on fait un anus après avoir drainé et refermé la paroi.

La malade meurt le 21 février.

Observation 19

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*)

Pelvi-péritonite formant grosse masse fibreuse. Laparotomie. Guérison.

Mme M., ménagère, âgée de 29 ans, entrée le 31 janvier 1899 à Beaujon.

Réglée à 14 ans ; toujours bien réglée.

A 22 ans, accouchement normal, mais 5 mois après la malade est prise de douleurs et de fièvre et rend par le vagin quelques débris fétides après quoi toute douleur disparaît, jusqu'en novembre dernier. A cette époque apparaissent dans le bas-ventre des douleurs aiguës qui s'irradient vers les membres inférieurs et qui obligent la malade à s'aliter. Ces douleurs s'accompagnent d'une forte fièvre. Depuis le 20 novembre, la malade ne s'est levée que 8 jours.

Actuellement, presque plus de fièvre, mais les douleurs sont de plus en plus vives. Perte d'appétit ; amaigrissement. Constipation.

Examen. — La palpation du ventre douloureuse fait reconnaître une masse dure au-dessus du pubis.

Par le toucher, on trouve un col gros, ouvert, regardant en arrière ; l'utérus immobilisé, volumineux en antéversion. Dans le cul-de-sac latéral droit, empâtement sans tumeur à proprement parler. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse très dure, presque ligneuse ; enfin dans le cul-de-sac latéral gauche, grosse masse diffuse.

Diagnostic porté : salpingite double avec pelvi-péritonite.

Opération le 4 février 1899.

Laparotomie. — L'abdomen ouvert on voit immédiatement deux gros kystes entourés de fausses membranes résistantes. On évacue le liquide compris dans ces productions, liquide séreux. L'épiploon adhère à ces productions, passe par dessus et va adhérer au bord supérieur de l'utérus. Tout le petit bassin est rempli par une masse qui comprend l'utérus et les annexes et des anses intestinales adhérentes entre elles. Il est difficile de séparer ces organes à cause de la dureté et de l'épaisseur des adhérences. On commence par détacher la trompe gauche qui est située au niveau du détroit supérieur et ne plonge que par son extrémité entre l'utérus et l'S iliaque. En l'attirant, elle se rompt en son milieu et il s'écoule un peu de pus verdâtre épais. Du côté droit, la séparation de la trompe et de l'ovaire est également difficile ; on finit cependant par pénétrer dans le cul-de-sac postérieur où l'on trouve un abcès avec liquide blanc verdâtre gélatineux. On poursuit la décortication et on finit par enlever la trompe. L'ovaire entouré de fausses membranes, complètement encapuchonné est encore plus difficile à énucléer. Après ligature des pédicules, cautérisation de la lumière des trompes.

Mickulicz. Drain.

La malade sort guérie le 26 février.

Observation 20 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Lejars*).

Pelvi-péritonite ancienne simulant un fibrome. Laparotomie. Guérison.

Mme D., âgée de 21 ans, parfumeuse, entre à l'hôpital Beaujon le 15 mars 1897.

Cette femme n'a aucun passé génital. Elle a accouché il y a 10 mois et a eu de la fièvre puerpérale. Depuis cette époque elle souffre dans la région lombaire et dans l'abdomen surtout du côté gauche. Ces douleurs vont en augmentant plutôt d'intensité.

Examen. — Pas de température ; pouls normal ; ventre non ballonné, mais douloureux à la palpation dans sa partie inférieure.

Au toucher, on sent une masse dure située en avant et un peu à gauche de l'utérus qui est fixe et légèrement rétroversé.

Opération le 20 *mars.*

Laparotomie. — On voit une grosse masse épiploïque adhérente au fond du cul-de-sac vésico-utérin. Après ligature on sectionne cette portion de l'épiploon. Dessous se trouve l'utérus en rétroversion et adhérent. Les annexes gauches sont prolabées, entourées d'une épaisse coque d'adhérence ; la libération en est difficile et on constate qu'elles sont saines. On les laisse en place. Détersion de la cavité, du cul-de-sac antérieur et de quelques adhérences d'une dureté squirrheuse qui y restent. Hystéropexie par 4 points à la soie. Réunion totale.

Sortie le 15 avril 1897 complètement guérie.

Observation 21 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite fibreuse diffuse. Laparotomie. Guérison.

Mme G., Marguerite, caissière, âgée de 44 ans, entre à l'hôpital Tenon le 15 juin 1898 parce qu'elle perd abondamment.

Dans ses antécédents, on ne retrouve qu'une métrite qui a succédé à une couche il y a 16 ans.

Il y a deux ans, cette métrite persistant avec la même intensité, on

lui fit un curettage et une amputation du col. Quelques jours après l'opération, la malade fut prise de fièvre et de douleurs vives dans le côté gauche du ventre. Ces douleurs ont persisté pendant 25 jours avec la même intensité, puis se sont calmées et depuis lors sont tout à fait intermittentes. La malade n'en souffre plus depuis 4 mois.

Actuellement, ce qui l'inquiète surtout, c'est l'abondance et la durée des règles (8-10 et même 12 jours) qui l'affaiblissent considérablement. Température normale.

Examen. — Ventre souple, un peu sensible dans sa partie inférieure. Par le toucher on sent une grosse masse dure qui paraît faire partie de l'utérus et l'immobilise complètement. Cette masse est enclavée dans le petit bassin et prédomine surtout dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 27 *juin* 1898.

Laparotomie pour pachysalpingite double. — A l'ouverture de la cavité abdominale on constate des adhérences fibreuses unissant l'épiploon à la paroi et aux organes sous-jacents (intestin, utérus). Le fond de l'utérus retombe en arrière sur l'S iliaque auquel il est uni par de fortes et solides adhérences. Le cul-de-sac de Douglas est tapissé de tractus fibreux résistants et l'on a beaucoup de peine à les rompre (on doit même employer les ciseaux). Une fois le cul-de-sac libre, on voit la trompe gauche se dérouler blanche et nacrée sur le côté gauche de l'utérus et en arrière de lui. Cette trompe est très adhérente et il faut faire effort pour l'enlever. Ligature du pédicule, section au thermocautère. A droite, la trompe est enchatonnée dans un fouillis d'adhérences. On ne peut libérer que sa partie initiale que l'on sectionne entre deux ligatures. La rupture des adhérences recto-utérines a amené un épanchement sanguin qu'il est difficile d'arrêter par ligatures et surjet. On fait un tamponnement avec une mèche de gaze. Suture de la paroi en trois plans.

La malade sort guérie le 19 août.

Observation 22 (inédite).

(due à l'obligeance de M. le docteur Bazy).

Tumeur pelvi-péritonitique prise pour un fibrome utérin. Laparotomie. Guérison.

Mme P. Caroline, âgée de 22 ans, domestique, entre à Beaujon le 26 décembre 1904 parce qu'elle souffre dans le ventre.

Réglée à 12 ans et régulièrement, mais règles abondantes. En février 1904, accouchement à terme ; suites normales, jamais de pertes blanches. Au mois d'octobre dernier apparaissent des douleurs dans la fosse iliaque droite accompagnées d'un peu de fièvre ; pas de vomissements. Cette crise dure trois semaines.

Vers le 10 décembre, nouvelle crise de douleurs, cette fois prédominantes à gauche avec irradiations dans tout l'abdomen. Pas de vomissements ni de fièvre. Le 26, jour de son entrée, la température atteint 38°2 et cette petite élévation persiste pendant trois jours. Le 29, température normale.

Examen le 2 *janvier* 1905.

Le ventre est souple, non ballonné. Par la palpation, on sent une tumeur volumineuse, dure, résistante, arrondie, qui remonte jusqu'à l'ombilic et paraît plonger dans le bassin.

Par le toucher, on sent l'utérus en rétroversion et en avant de lui une saillie dure. Le toucher combiné au palper, montre que les culs-de-sac sont libres et que la grosse masse dure fait corps avec l'utérus aux dépens de la paroi antérieure duquel elle paraît s'être développée.

Diagnostic posé : fibrome utérin.

Opération le 17 *janvier* 1905.

Laparotomie. — Arrivé sur le péritoine, on croit s'apercevoir que la tuméfaction est adhérente à la paroi antérieure. On ouvre alors le péritoine plus haut. En mettant son doigt dans l'abdomen, on constate que les adhérences sont très marquées à droite ; du côté gauche au contraire on peut enfoncer le doigt latéralement et l'on sent l'épiploon adhérer en haut à la tumeur. En bas la tumeur adhère elle-même à la paroi, elle a une consistance et un aspect tels qu'on la prend pour un utérus augmenté de volume. Les adhérences de cette tumeur à la paroi abdominale, aux parois du bassin et à l'épiploon sont intimes. Ce n'est qu'après les avoir liées et coupées que l'on peut dégager légèrement la tumeur. Elle a le volume d'une orange. En la dégageant en arrière, on l'ouvre et il en sort du pus très épais non odorant. On entre ainsi dans une cavité et l'on croit qu'on a ouvert la cavité utérine. On se met en devoir d'extirper ce qu'on pense être l'utérus. En avant, derrière le pubis, on voit que la paroi est un peu flasque et on pense qu'il s'agit de la vessie. L'introduction d'une sonde par l'urèthre montre que c'est elle. On sculpte dans la poche et latéralement on tombe sur un interstice cellulo-graisseux qui étonne un peu. Pendant ce travail la vessie est mise à nu sur une certaine étendue. Du côté gauche, en regardant la tranche des ligatures, on n'a pas l'impression d'avoir lié le ligament large. Du côté droit au contraire, en détachant la tumeur, on voit que l'on a pris l'ovaire et la trompe très altérés. La tumeur étant enlevée, on explore l'excavation

et on trouve l'utérus fortement rétroversé, globuleux et cachant derrière lui les annexes gauches. La trompe de ce côté quoique un peu épaisse et bosselée paraît assez saine et on la laisse. L'ovaire est kystique.

Suture après drainage et tamponnement avec mèche.

Examen de la pièce. — La tumeur est constituée par du tissu fibreux et on voit quelques débris de l'ovaire droit. Les suites de l'opération furent des plus simples ; la malade partit guérie le 14 février 1905.

Observation 23 (inédite).

(due à l'obligeance de M. le docteur Bazy).

Pelvi-péritonite fibreuse. Laparotomie. Guérison.

Mme L., Augustine, cuisinière, âgée de 38 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 1er février 1903 pour des douleurs abdominales à forme de coliques et des vomissements.

Auparavant n'a jamais souffert du ventre ; n'a pas eu d'enfants ni fait de fausse couche. Règles toujours en avance ; pas de métrorrhagies. Température normale.

Examen. — Ventre proéminent, mais non ballonné ni tendu.

Toucher. — Le col regarde à gauche ; l'utérus est en rétroflexion peu mobile, non douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse volumineuse régulière, ferme, paraissant faire corps avec l'utérus. Le cul-de-sac gauche est un peu empâté. On pense à un fibrome avec un peu d'annexite gauche, mais on hésite à mesurer la cavité utérine à l'hystéromètre, car la malade a un retard de 15 jours et le col est un peu mou.

Examen le 22 février. — L'utérus paraît plus immobile, mais la masse située dans le cul-de-sac postérieur apparaît toujours ferme, mais légèrement bosselée et irrégulière. On porte le diagnostic plus probable de salpingite double.

Opération le 6 mars 1903.

Laparotomie. — L'épiploon adhère du côté droit à la vessie et à la paroi latérale du bassin. La vessie est également adhérente à la face antérieure de l'utérus. Les annexes des 2 côtés sont accolées aux parois du bassin et adhèrent intimement à tout le cul-de-sac de Douglas. Ces adhérences sont plus marquées à droite, si marquées même que l'abla-

tion de ces annexes droites ne peut se faire. Ablation des annexes gauches augmentées de volume.

Drainage. Suites de l'opération : très bonnes. La malade sort paraissant guérie le 3 avril 1903.

Observation 24.

Pelvi-péritonite chronique prise pour un fibrome utérin. Traitement médical. Guérison.

(Bernutz. *Clinique des maladies des femmes*, t. II, p. 423).

Chez une malade que mon collègue M. Gosselin en quittant Lourcine avait fait passer dans mon service à cause de la difficulté du diagnostic, on crut à tort que la pelvi-péritonite chronique dont l'existence était incontestable, était déterminée par un corps fibreux, dont une partie de l'induration distincte par sa délimitation et sa consistance particulière, semblait offrir tous les caractères. Chez cette malade, une partie de la tuméfaction, du volume d'un œuf de pigeon, intimement adhérente à la partie supérieure de la paroi postérieure du col utérin, et proéminente dans le rectum, était nettement distincte par un sillon de séparation et par sa dureté extrême, du reste de la tuméfaction qui était manifestement constituée par des produits inflammatoires. Aussi les caractères physiques qu'offrait la partie indurée me firent-ils penser que c'était un corps fibreux, à l'existence duquel j'attribuais les accès de dysménorrhée excessivement douloureux et suivis de pertes de 15 jours de durée qui ramenaient chaque mois une recrudescence de l'inflammation péritonéale périphérique à l'induration rétro-utérine. La marche de la maladie est venue démontrer que mon opinion était complètement fausse.

Non seulement après quelques applications de sangsues, les recrudescences ont cessé et la partie périphérique de la tuméfaction a graduellement disparu, mais sous l'influence d'un repos de 5 à 6 mois, d'un régime tonique et de préparations de ciguë, le prétendu corps fibreux n'a plus laissé comme vestiges de son existence que quelques brides qui persistaient encore il y a 2 ans, époque à laquelle j'ai eu l'occasion de revoir cette femme qui était alors tout à fait bien portante.

Observation 24 *bis* (résumée).

Pelvi-péritonite avec abcès pelvien dans une situation anormale simulant un fibrome de l'utérus. Drainage. Guérison.

(Lewers. *Lancet*, 1886, t. I, p. 441).

F. M , âgée de 36 ans, entre à London Hospital le 23 juin 1885, se plaignant de souffrir de l'abdomen.

Antécédents. — 8 enfants et 3 fausses couches. Dernier accouchement 5 semaines auparavant, facile. C'est 10 jours après qu'apparaît la douleur abdominale dans la région hypogastrique. Malade pâle et anémiée. L'abdomen est distendu et l'on trouve une tumeur médiane mate au-dessus de la symphise et remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic. Par le toucher combiné au palper on trouve l'utérus mobile et la tumeur avec lui.

13 *juillet*. — Le docteur Williams appelé en consultation pense à une tumeur peut-être fibreuse.

23 *août*. — Comme la température varie de 1 à 2 degrés du matin au soir et que la tumeur paraît plutôt élastique, on fait alors le diagnostic de paramétrite antérieure. Ponction au-dessus du pubis. Il sort du pus. 2e ponction 6 jours après, puis incision et drainage. Guérison en 15 jours.

Observation 25 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite adhésive avec salpingite double, prise pour une hématocèle. Laparotomie. Guérison.

Mme M Joséphine, femme de chambre, âgée de 29 ans, entre une première fois à Beaujon le 14 février 1905. Cette malade qui n'a jamais eu de grossesse a été prise brusquement le 9 février, d'une douleur intense dans le côté gauche du ventre qui l'a obligée à garder le lit. Le 11, perte de sang très abondante avec caillots. La malade avait eu ses règles les mois précédents mais en moins grande abondance.

Examen. — Le toucher fait reconnaître un col un peu gros et dans le cul-de-sac antérieur et à gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

Se trouvant beaucoup mieux le 4 mars, elle sort de l'hôpital. Pendant ce premier séjour, elle n'a pas eu de fièvre ; cependant les 19 et 20 février elle eut 38°.

Le malade rentre à l'hôpital le 7 mai 1905.

L'on trouve alors un utérus complètement immobilisé, pas d'effacement du cul-de-sac postérieur, mais un léger effacement des culs-de-sac latéraux qui sont un peu indurés.

La palpation est douloureuse en tous les points. La température est à 37°. L'état général est excellent.

Opération le 30 *juin* 1905.

Laparotomie. — On ouvre l'abdomen avec précaution à cause de la probabilité d'adhérences de l'intestin à la paroi ; en effet sur une hauteur de 6 à 7 cm. à partir du pubis, l'intestin grêle est relié au péritoine pariétal par des adhérences fortes, anciennes, difficiles à détacher. Au milieu de ces adhérences existe un petit abcès. Ces adhérences sont coupées aux ciseaux dans la partie inférieure et elles recouvraient la vessie qui est ouverte sans que l'on s'en aperçoive.

On écarte les anses intestinales avec beaucoup de précautions et on finit par découvrir le sommet de l'utérus ; on suit sa face postérieure et on arrive dans le cul-de-sac postérieur en grande partie comblé par des adhérences. On distingue la trompe droite très épaissie, recouvrant l'ovaire qui est suppuré. L'on voit que les annexes gauches sont malades également ; on les énuclée et on fait l'hystérectomie supra-vaginale. C'est alors que l'on voit deux grandes perforations vésicales situées sur la paroi antérieure ; on les suture après avoir enlevé 3 gros calculs qui sont dans la cavité.

Drainage.

La malade quitte l'hôpital le 18 juillet, allant très bien.

Observation 26 (inédite).

(due à l'obligeance de M. le docteur Bazy).

Pelvi-péritonite formant tumeur prise pour une hématocèle. Laparotomie. Guérison.

Mme J. Clotide, ménagère, âgée de 45 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 10 juin 1902 parce qu'elle perd depuis le 18 mai : pertes de sang rouge avec caillots, sans odeur, s'accompagnant de douleurs ; pertes ayant succédé à la période menstruelle.

La malade habituellement bien réglée n'a pas eu de grossesse et n'a pas présenté de retard.

Examen. — On trouve une tumeur médiane ; arrondie et lisse à la palpation.

Au toucher, le col est senti derrière la symphise pubienne ; l'utérus est retroversé ; la tumeur assez dure est bien limitée ; les mouvements qu'on lui communique sont transmis au col.

Opération le 17 juin 1902.

Laparotomie. — L'abdomen ouvert, on voit la tumeur qui est d'aspect lisse et sur laquelle glisse le péritoine. L'on peut penser qu'il s'agit d'une tumeur sous-péritonéale parce qu'en essayant d'en faire le tour, on ne peut arriver jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Ceci s'explique par les adhérences très serrées qui confondent tous les organes, et les faisant adhérer au rectum en arrière. Ce n'est qu'après avoir tenté d'énucléer la tumeur que l'on commence à voir un rudiment de trompe. Du côté droit, cette trompe est épaissie, très adhérente et contient un peu de pus. On lie cette trompe et on extirpe peu à peu l'utérus. On termine l'hystérectomie, mais la trompe et l'ovaire droits sont tellement adhérents qu'il faut tailler en plein tissu.

Drainage.

La malade sort guérie le 22 juillet.

Observation 27 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Lejars*).

Pelvi-péritonite ancienne à foyer antérieur prise pour une hématocèle secondairement suppurée.

Tr. Adrienne, 24 ans, couturière, malade entrée à l'hôpital Tenon.

Opération le 16 octobre 1902.

Laparotomie. — Masse encapuchonnée d'épiploon adhérente à la paroi dans toute la zône sous-ombilicale ; décollement progressif. On fait une ponction donnant issue à très peu de liquide. Ouverture de la poche : il s'écoule une petite quantité de pus fétide. L'utérus est entouré de pseudo-kystes pelvi-péritonitiques. Pas de masse annexielle appréciable. A droite, l'utérus tient à une gangue formant le fond de la pseudo-poche ; excision de ce tissu fibreux et de l'épiploon épaissi et adhérent. Au cours de cette intervention, on a déchiré une petite portion du sommet de la vessie, au niveau de l'attache déclive de la nappe épiploïque. Suture de

cette perforation en deux plans. Détersion complète des surfaces qui adhéraient. Deux drains et une lamelle de gaze sont laissés en place.

Sort guérie le 16 novembre.

Observation 28

Pelvi-péritonite séro-fibrineuse à marche chronique prise pour un kyste de l'ovaire.

(Kaltenbach. *Arch. f. Gynækol.* 1886).

F., 23 ans. A souffert après un accouchement et a vu son ventre se développer depuis lors et lentement. L'examen faisait reconnaître une grosse tumeur médiane fluctuante remontant à un travers de main au-dessous de l'ombilic et absolument appliquée contre la paroi abdominale antérieure. Cette tumeur présentait une convexité marquée, était mate et il y avait de la sonorité dans les flancs. Bien que les relations entre cette tumeur et les organes pelviens fussent obscures, on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération. Laparotomie. — Le péritoine était extrêmement épaissi, si bien qu'une fois ouvert et le liquide écoulé il n'était pas possible de le reconnaître. En bas le sac était limité par les organes pelviens très adhérents les uns aux autres ; en haut et sur les côtés il était entouré par les anses intestinales qui lui adhéraient. La cavité qui contenait peut-être cinq litres de liquide séreux, fut drainée par le vagin et les deux régions lombaires. La malade sortit guérie au bout de deux mois. Elle mourut 2 ans 1/2 après de tuberculose pulmonaire.

Observation 29

Tumeur pelvi-péritonitique comprimant le rectum et prise pour un cancer de cet organe.

(Andral. *Clinique médicale*, t. II, p. 686, 4e édition).

J'ai vu un cas où, comme cause d'une très ancienne constipation avec dépérissement progressif, on trouva dans l'excavation du bassin une poche volumineuse, pleine de pus, développée dans le péritoine, à parois

dures, comme fibreuses ; elle occupait la place du rectum qui, aplati sur elle comme un ruban, était fortement dévié à droite et n'était plus en rapport avec le sacrum. Les parois de l'intestin n'étaient pas altérées On avait cru pendant la vie à une induration squirrheuse des parois du rectum. Les matières ne sortaient qu'avec une extrême difficulté, et comme à travers une filière. Il n'y avait jamais eu de vives douleurs.

Observation 30

Pelvi-péritonite suppurée avec obstruction de l'S iliaque par des fausses membranes.

(Pozzi. *Bulletins de la Société Anatomique.* 1871).

La malade entra à Necker avec des signes d'obstruction intestinale ; elle n'avait pas été à la selle depuis 16 jours, et avait déjà des vomissements fécaloïdes. Elle avait eu l'année dernière une pelvi-péritonite, surtout marquée à gauche ; les mêmes douleurs avaient reparu cette année sans cause connue et avaient été suivies des nouveaux phénomènes qui amenaient la malade à l'hôpital. On trouvait au toucher, en arrière de l'utérus, une tumeur si dure, qu'on se demanda si l'on n'avait pas affaire à une exostose du sacrum.

A l'autopsie, on trouve dans le cul-de-sac recto-vaginal deux poches purulentes à parois épaisses ; l'une est très voisine du rectum ; le contenu est crémeux, et la membrane qui les tapisse a l'aspect d'une membrane pyogénique ; ces deux poches communiquent entre elles par un orifice ; et l'une d'elles présente une seconde ouverture, par laquelle on arrive le long du rectum à une nappe de suppuration diffuse, et à un orifice creusé à travers l'intestin ; les 2 poches se vidaient par regorgement dans le rectum ; au-dessus de la nappe de pus s'étaient formées des fausses membranes, qui, elles, étranglaient l'S iliaque, de façon à amener l'obstruction intestinale.

Observation 31.

Tumeur pelvi-péritonitique prise pour un sarcome.

(Communication de M. Routier à la Société de Chirurgie, 29 juillet 1891).

Si M. Terrillon était ici, il nous parlerait sans doute d'une malade

de 18 à 19 ans qu'il a opérée il y a quelques années pour une grosse tumeur, laquelle, après incision abdominale fut considérée comme un sarcome inopérable et laissée en place. Cette malade a été revue l'année dernière en parfaite santé.

Observation 31 *bis*.

Pelvi-péritonite simulant un cancer.

(Walker. *American Journal of obstetric New-York* 1877.)

Mme M., âgée de 70 ans, a cessé d'être réglée à 48 ans. Elle est malade depuis le mois d'octobre : se plaint de douleurs, de tension dans la région pelvienne, et de douleurs à la miction.

L'examen révèle un utérus et un vagin atrophiés ; l'utérus est fixé par une induration diffuse à gauche et en avant. On fait le diagnostic de pelvi-péritonite mais un doute existant, on appelle le docteur Thomas en consultation. Celui-ci penche plutôt pour un cancer diffus. Mort.

Autopsie. — Le pelvis est tapissé de fausses membranes qui limitent entre elles des collections liquides les unes séreuses, les autres à contenu purulent avec grumeaux. Les intestins sont agglutinés par des fausses membranes de formation récente. Sur l'intestin et le mésentère sont de petites masses rondes, blanchâtres qui ont l'apparence cancéreuse, ce qui paraît confirmer le diagnostic déjà posé de cancer. Le docteur Hunter examine ces masses au microscope et reconnaît qu'il s'agit seulement d'appendices épiploïques enflammés.

Observation 32.

Périmétrite séreuse simulant même à l'incision exploratrice, un sarcome de l'ovaire. Guérison.

(Doran. *Soc. obstétric. de Londres,* 5 juin 1889).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui n'a pas eu ses règles depuis deux mois, mais avoue s'être exposée à la possibilité d'une grossesse. Elle a eu un frère mort de tuberculose et elle-même a un très mauvais état général. Elle souffre dans le ventre depuis quelque temps. A l'exa-

men on trouve une tumeur molle, fluctuante, occupant la partie inférieure de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic. L'utérus est élevé, le col mou. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent à l'utérus.

Laparotomie. — On trouve le péritoine très épaissi, adhérent à une masse spongieuse située au-dessous de lui et saignant abondamment. Soupçonnant un sarcome de l'ovaire, l'opérateur referme et la malade se remet très bien.

Peu après sa sortie de l'hôpital se produit un écoulement vaginal profus : la tumeur diminue et disparaît. La malade revue un an après est en parfait état.

Alb. Doran relate cette observation dans le *Bristish Medical Journal* du 15 juin 1889 et l'accompagne des réflexions suivantes :

« Les suites opératoires infirment l'idée d'un sarcome, de toute tumeur ou d'une grossesse ectopique ; la présence du péritoine en avant de la collection exclut aussi la paramétrite antérieure. S'il s'était agi de péritonite tuberculeuse, la malade n'aurait pas aussi bien recouvré la santé. Je pense qu'il s'est agi d'une périmétrite séreuse développée sous l'influence de la blennorrhagie ou d'une fausse couche. La masse solide rétro-péritonéale était sans doute l'épiploon épaissi par l'inflammation et d'apparence rougeâtre.

Observation 32 *bis*.

(*Communication de M. le docteur Villar de Bordeaux au Congrès de Rome* 1894).

Femme de 31 ans. Etat général mauvais. Masse volumineuse autour de l'utérus. Laparotomie exploratrice : pas de diagnostic et pas d'intervention. Guérison complète 1 an 1/2 après.

Observation 33 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Salpingite double avec grosse pelvi-péritonite. Laparotomie. Guérison.

Mme H. Caroline, ménagère, âgée de 28 ans, est soignée dans un service de médecine depuis 15 jours. Elle y était entrée fin juin pour des

douleurs dans le ventre qui avaient débuté après une forte grippe. Le ventre étant ballonné on l'avait mise à la diète et au repos avec glace sur le ventre.

Examen le 11 *juillet.* — Ventre ballonné et dur impossible à palper. Par le toucher il est également impossible de sentir quelque chose.

Deuxième examen le 16 *juillet.* — En palpant le ventre on perçoit une crépitation amidonnée et l'on sent une masse dure qui remonte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic et du pubis. Le toucher fait reconnaître cette même masse emplissant le cul-de-sac postérieur et latéral gauche.

Diagnostic porté : Pelvi-péritonite tuberculeuse probable.

Du 19 au 23 juillet, petite poussée fébrile ; la température oscille de 37°5 à 38°5 avec une fois 39°4.

Opération le 17 *juillet* 1899.

Laparotomie. — Les annexes se voient de suite : elles sont augmentées de volume, mais autour d'elles au milieu de tractus membraneux, on voit de nombreux kystes du volume d'une noix en moyenne. Ces adhérences constituent avec les kystes une masse considérable et résistante, située au-dessus de l'utérus et du petit bassin, adhérant d'une part à l'intestin et aux parois pelviennes, d'autre part à l'épiploon et à la vessie. Les kystes sont extirpés ou évacués, les adhérences rompues et on peut faire l'ablation des annexes. Le contenu des kystes est tantôt séreux, tantôt muqueux et même un peu jaunâtre et épais. Les trompes sont très peu altérées, mais en sectionnant la trompe gauche on voit sortir de son intérieur un peu de pus.

Mickulicz. Drain.

La malade sort guérie le 11 août.

Observation 34

publiée dans la *Semaine médicale* 12 déc. 1906 (Dr Lejars).

Mme N., Adrienne, femme de chambre, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 10 février 1896.

Réglée à 16 ans elle avait des règles régulières et peu abondantes. A 21 ans elle eut un enfant : ses couches furent normales.

Depuis quelques années elle souffrait du ventre, de façon intermittente, sans localisation précise ; elle travaillait moins facilement, se fatiguait vite et perdait un peu ses forces. Le 20 janvier dernier, au moment de ses règles, elle est prise la nuit de vives douleurs dans le bas-ventre et dans les deux fosses iliaques, et d'un petit accès de fièvre. Cette crise

ne dura que quelques heures, mais depuis il persiste une douleur sourde, peu intense. Il y a deux jours, nouvelle crise douloureuse accompagnée de fièvre.

Examen. — Malade maigre et anémiée. Ventre souple, non ballonné. Toute la région sous-ombilicale est occupée par une masse épaisse, fixe, un peu lobulée et grenue par places, très peu sensible, qui se prolonge surtout à gauche et descend de ce côté, jusqu'à l'arcade crurale.

Au *toucher*, l'utérus est immobile, inclus dans cette masse, impossible à explorer, et la tumeur abdominale se diffuse dans les culs-de-sac postérieur et gauche où l'on retrouve sa dureté ligneuse.

Le *diagnostic* est très discuté, on émet l'opinion de carcinose péritonéo-pelvienne à point de départ ovarien ; mais M. Lejars pense plutôt à une pelvi-péritonite chronique indurée.

Opération.

Laparotomie. — Dans la région hypogastrique, l'intestin et l'épiploon sont intimement adhérents au péritoine pariétal antérieur. On les décolle peu à peu et l'on parvient sur un magma jaune grisâtre, très épais, répandu dans toute la région sous-ombilicale et occupant surtout la partie gauche du petit bassin ; on attaque prudemment ce magma, et, au centre, on trouve un amas de fausses membranes, et, tout autour, des anses grêles soudées par des adhérences et formant une sorte de paquet globuleux. On arrive à contourner toute la tumeur à droite et à faire pénétrer le doigt jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, où l'on se rend compte que l'utérus est petit, et les annexes droites mal perceptibles, mais aussi de volume normal.

La gangue inflammatoire procède des annexes gauches, qui sont entièrement incluses dans son épaisseur et accolées à l'utérus. Il n'y a de poche nulle part ; pas de trace de pus. Après une détersion soignée, on draine et on réunit.

La malade sort guérie le 8 mai ; toute la masse inflammatoire a disparu.

Observation 35 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Lejars*).

Pelvi-péritonite à grosse masse avec abcès Laparotomie. Guérison.

Mme Blanche B., âgée de 32 ans, crémière, entre à l'hôpital Beaujon le 18 décembre 1896.

Réglée à 11 ans elle a toujours eu des règles régulières, non doulou-

reuses, mais assez abondantes. Deux accouchements, l'un à 18 ans, l'autre à 21 ans.

Il y a 5 jours, la malade est prise brusquement au moment de ses règles, d'une forte douleur dans la fosse iliaque droite, douleur irradiée vers la cuisse droite. Cette douleur a persisté intense pendant trois jours puis a diminué progressivement.

Par le toucher combiné au palper hypogastrique on trouve une grosse masse arrondie, dure, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

2e *examen le* 25 *décembre.* — Les signes se sont un peu modifiés. Par le palper on sent toujours la même masse dure remontant jusqu'au même niveau. Par le toucher on constate en plus : le col refoulé et aplati derrière la symphise pubienne ; les culs-de-sac latéraux et postérieur remplis par une masse dure ; la cloison recto-vaginale épaissie et infiltrée.

Opération le 26 *décembre.*

A l'ouverture du ventre, on tombe sur l'épiploon, adhérent au péritoine pariétal antérieur ; on le décolle peu à peu et l'on ouvre, immédiatement au-dessous de lui, une cavité pleine d'un liquide jaunâtre un peu fétide, qui paraît être du pus. En dessous, l'utérus gros est enclavé dans une double masse d'adhérences, absolument immobilisable. Pensant à la possibilité d'une communication de la poche avec l'intestin on recherche une perforation qu'on ne trouve pas : on constate seulement qu'une anse grêle est dépouillée de sa tunique séreuse. Mickulicz. Réunion.

Sortie le 23 janvier 1897.

Observation 36 (inédite).

(*due à l'obligeance de M. le docteur Lejars*).

Pelvi-péritonite à grosse masse. Laparotomie. Drainage. Guérison.

Mlle R., domestique, âgée de 24 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 14 avril 1896.

Réglée à 17 ans, toujours régulièrement : pertes abondantes, un peu prolongées. Pertes blanches depuis ses premières règles. Premier accouchement normal d'un enfant vivant il y a 2 ans 1/2. Il y a un mois, deuxième accouchement. Pendant le dernier mois de sa grossesse la malade dit avoir éprouvé de violentes douleurs dans les reins. A la

suite de cet accouchement, elle eut de la fièvre et elle a été obligée de rester 3 semaines à l'hôpital. Elle revient à l'hôpital parce qu'elle continue à souffrir. Les douleurs sont continuelles, lancinantes, diffuses dans tout le bas-ventre, sans irradiations. La malade se plaint également de souffrir en urinant et en allant à la selle. Elle perd encore un peu de sang, mais surtout du liquide jaunâtre, empesant fortement le linge, et d'odeur fétide.

Examen. — Ventre souple. Au toucher : col un peu gros, utérus douloureux ; dans le cul-de-sac gauche on sent un petit cordon induré.

Le 17 *avril*, la malade est prise dans la nuit de douleurs très vives à l'hypogastre. Pas de vomissements, mais pouls rapide et température 39°5.

Le 18, la douleur diminue avec la réapparition des règles. Amélioration des symptômes généraux.

Le 23, nouvelle crise de douleurs dans tout le bas-ventre, avec prédominance dans le côté gauche. La température remonte.

Les jours suivants, diminution progressive des douleurs et des phénomènes généraux. Le 28 avril, toute douleur a disparu et la température est à 37°. Par le toucher on trouve une grosse masse dure dans le cul-de-sac latéral et le cul-de-sac postérieur.

Opération le 21 *mai.*

Laparotomie. — Liquide ascitique dans le petit bassin, et adhérences molles en arrière de l'utérus qui est rétroversé et fixe. A gauche on trouve une grosse masse, partout adhérente, formée d'épiploon et d'intestin grêle pelotonnés autour des annexes. On détache l'intestin peu à peu et l'on ouvre la masse qui ne contient pas de pus. Les annexes et la coque de la tumeur sont trop intimement soudées pour songer à une décortication totale. Après réunion des tuniques musculaires de l'intestin au niveau d'un point où elles ont été déchirées en rompant les adhérences, on se contente de mettre un drain à la Mickulicz et on referme.

Sortie guérie le 23 juin.

Observation 37 (inédite).

(*communiquée par M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite à grosse masse

Mme M., cuisinière, âgée de 53 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 12 février 1907. Il y a 5 mois, elle avait été prise brusquement de dou-

leurs violentes dans le bas-ventre et la fosse iliaque gauche, accompagnées de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, d'un peu de fièvre et de ballonnement léger du ventre. Cette crise dura 3 ou 4 jours et tout rentra dans l'ordre.

Il y a 15 jours nouvelle crise tout à fait analogue, mais sans vomissements. Mais quelques douleurs sourdes persistant, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Cette femme toujours bien réglée n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausse couche. Pas de pertes blanches. Constipation habituelle.

Le médecin appelé lors de la dernière crise a fait le diagnostic d'abcès péri-cœcal et prescrit la diète et glace sur le ventre.

Examen. — Le ventre n'est pas ballonné, mais il y a une légère défense musculaire. Langue sèche, blanchâtre. Pas de fièvre. Pouls normal.

On sent dans la fosse iliaque droite une masse indurée, assez bien limitée, atteignant en dedans la ligne médiane, en haut une ligne réunissant les deux épines iliaques antérieures et supérieures, en bas l'arcade de Fallope.

Toucher. — Le col est immobilisé et il est impossible de délimiter le fond de l'utérus. On sent dans le cul-de-sac droit une grosse masse très dure qui descend dans le cul de-sac postérieur ; dans le cul de-sac gauche de l'empâtement douloureux et une légère induration.

Opération le 12 février.

L'abdomen ouvert, on voit l'épiploon qui est adhérent à la paroi jusqu'au niveau du pubis. On l'écarte après section et ligature et on constate que les anses grêles adhèrent également : ces adhérences sont très anciennes et très serrées. Pour les détacher on est obligé de les sectionner aux ciseaux ; ce faisant, on ouvre un petit foyer suppuré et en tirant l'intestin, celui-ci se déchire jusqu'à la muqueuse exclusivement, sur une étendue de 2 cm. Suture immédiate. En raison de l'ancienneté et de l'étendue des adhérences, on referme. Drain. Mèche.

La malade sort le 23 mars.

Observation 38 (inédite)

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite avec abcès. Laparotomie. Guérison.

Opération le 27 juillet 1900.

Hystérectomie abdominale subtotale.

On essaie d'abord de faire l'hystérectomie vaginale, mais devant l'impossibilité d'abaisser l'utérus, on fait l'hystérectomie abdominale.

L'abdomen ouvert, on voit la trompe gauche adhérente à l'S iliaque. Il existe en outre entre la face postérieure de l'utérus et la paroi antérieure du rectum un abcès qui s'ouvre dans les premières tentatives de décollement. Sur l'utérus existe aussi un kyste à contenu séreux développé aux dépens de fauses membranes. La trompe gauche qui plonge dans le Douglas est très adhérente et est enlevée avec peine. Les annexes droites sont encore plus adhérentes et ratatinées, déformées au point qu'on enlève un grand fragment sans qu'il soit possible de reconnaître ce à quoi l'on a affaire. On termine l'hystérectomie subtotale. La péritonisation est impossible. Mickulicz.

Observation 39 (inédite)

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pelvi-péritonite à grosse masse. Laparotomie. Guérison.

G. Madeleine, couturière, âgée de 39 ans, entrée à l'hôpital Beaujon le 13 décembre 1901.

Aucun antécédent. Pas de fausse couche ; accouchement un peu difficile (forceps) en 1886. La malade n'a jamais souffert jusque il y a 3 mois. En octobre, 8 jours avant ses règles elle a commencé à souffrir dans le ventre, surtout à droite ; à l'apparition des règles, disparition complète de ces pesanteurs et de ces coliques. En novembre, les mêmes phénomènes se reproduisent dans les mêmes conditions, mais avec plus d'intensité .Enfin il y a 10 jours la douleur reprit si violente que la malade fut forcée de s'arrêter de travailler. Les dernières pertes furent jaunâtres, striées d'un peu de sang ; elles ne calmèrent pas les douleurs. Il y a 5 jours nouvelle exacerbation des douleurs abdominales en même temps qu'apparaissent des frissons, de la fièvre, du ballonnement du ventre et des vomissements.

Examen. — Ventre ballonné, douloureux à la palpation. On sent dans la fosse iliaque droite une masse dure remontant presque jusqu'à l'ombilic. Le toucher difficile montre le cul-de sac droit et le postérieur tendus et douloureux.

Pouls à 100. Température 38°.

Diagnostic hésitant. Appendicite probable. Traitement : glace sur le

ventre, diète. Jusqu'au 22 déc., température oscille toujours entre 38° et 39°.

24 *décembre*. — La malade va un peu mieux, la température descend à 37°6.

Examen. — Toucher combiné au palper : utérus dur, immobilisé. A droite, dans toute la fosse iliaque et débordant à gauche de la ligne médiane existe une tumeur dont la pression détermine le refoulement du doigt vaginal. Mais la partie inférieure de cette masse est séparée de l'utérus par un sillon profond. La palpation des annexes gauches fait sentir de ce côté une masse souple, élastique à contours indéterminés.

26 *décembre*. — La température est normale ; l'état général est bon. Disparition des douleurs.

Du 26 *décembre au* 28 *janvier*. — Rien à signaler.

Examen le 26 *janvier*. — La tumeur a considérablement diminué ; on ne sent plus qu'une masse très dure dans le cul-de-sac droit, masse s'étendant vers la ligne médiane.

Opération le 28 *janvier* 1902.

Laparotomie médiane.

Quand on arrive sur les muscles, il s'écoule un liquide louche, grisâtre qui fait dire qu'il y a de l'infiltration purulente des muscles. On tombe ensuite sur une masse dure, ferme, lardacée que l'on incise avec précaution et qui montre toujours à la coupe un aspect de tissu scléreux. A un moment donné la pointe du bistouri entre dans une cavité d'où s'échappe un liquide louche et sanguinolent qui paraît être de l'urine. Les parois de l'ouverture restent écartées l'une de l'autre par le tissu scléreux. Le cathétérisme montre que l'on a bien ouvert la vessie. Dans ces conditions on se borne à faire la suture de l'organe.

La malade sort allant tout à fait bien le 1er mars 1902.

Observation 40 (inédite)

(*due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*).

Pachy-pelvi péritonite diffuse. Laparotomie simple. Guérison.

Mme L. 43 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 20 juillet 1901.

La malade fait remonter sa maladie à une chute faite dans un escalier en 1878 alors qu'elle était jeune fille. Le soir même, elle est obligée de s'aliter, perd abondamment et souffre atrocement dans le côté gauche du ventre. Elle reste au lit pendant un mois. Elle souffre toujours un

peu jusqu'à son mariage, mais les douleurs s'accroissent à partir de ce moment, surtout au moment des règles. Celles ci sont abondantes, durent 6 à 7 jours et reparaissent à peu près toutes les 3 semaines. Du reste à cette époque, en 1881, un docteur la soigne pour rétroversion utérine et tumeur fibreuse à gauche. C'est alors qu'apparaît la première crise de pelvi-péritonite aiguë avec fièvre et vomissements qui se termine par une évacuation de pus par le rectum. La malade est restée alitée pendant 13 mois à la suite de cette crise.

Deuxième grande crise de pelvi-péritonite en 1891. Entre les deux, les douleurs ont continué et quelques petites crises péritonitiques sont apparues. Les douleurs étaient si fortes que la malade pouvait à peine marcher ; ces douleurs prédominaient toujours du côté gauche. La crise de 1891 se termina également par un abcès.

Les douleurs persistent avec une telle acuité jusqu'en 1901. Pendant les années 1899 et 1900 la malade avait des pertes très abondantes qui duraient parfois pendant six semaines et même deux mois et s'accompagnaient de douleurs épouvantables. Au milieu de l'année 1901, 3e crise de péritonite.

20 *juillet*. — A son entrée à l'hôpital, la malade est extrêmement faible, anémiée, de teint jaune terreux ; on ne sent même pas son pouls.

Le ventre est ballonné, très douloureux surtout dans la partie inférieure. Par le toucher on sent une grosse masse diffuse occupant tout le petit bassin, immobilisant l'utérus. Cette masse bombe en avant et dans le cul de-sac gauche ; elle paraît fluctuante.

23 *juillet*. — Ouverture de cet abcès qui est surtout antérieur par une incision abdominale.

24 *juillet*. — Amélioration des symptômes généraux.

Début de septembre. — L'abcès se ferme.

15 *octobre*. — Le toucher montre toujours une masse diffuse et dure occupant les culs-de-sac postérieurs et latéraux.

L'utérus paraît gros.

Quelques poussées de fièvre de temps à autre pendant ce mois.

Opération le 29 *octobre*.

Laparotomie. — En incisant la paroi, on voit que les muscles sont infiltrés de tissu inflammatoire. L'épiploon adhère au péritoine pariétal et au devant de l'utérus. La vessie est adhérente à la paroi et à l'utérus ; on la détache un peu et on peut la remonter sur la partie médiane. On voit alors la face antérieure de l'utérus légèrement gros, mais beaucoup moins qu'on ne s'y attendait. Essayant de dégager cet utérus et les annexes, on reconnaît que les adhérences sont telles qu'il vaut mieux s'abstenir.

La malade sort allant beaucoup mieux à la fin de novembre, mais

souffrant encore du ventre. Cette amélioration a persisté depuis et voici ce que la malade écrit le 24 mars dernier :

« Depuis l'année dernière, époque de mes dernières règles, je ne souffre plus du ventre ; j'ai été tellement malade, j'ai tellement souffert que je crois presque à un rêve de me sentir à peu près comme tout le monde ».

Observation 41

Pelvi-péritonite fibreuse occupant tout le petit bassin. Laparotomie exploratrice. Guérison.

(*Communication Richelot à la Société de Chirurgie.* 1891).

J'examine le 15 janvier 1890 à l'hôpital Tenon une femme de 40 ans qui depuis 6 ans a traversé toutes les phases de la métrite compliquée de lésions des annexes ; métrorrhagies, douleurs, pelvi-péritonite à répétition. Elle ne présente aucun signe de tuberculose, mais elle est pâle, émaciée, faible au point de ne plus quitter son lit. Elle souffre continuellement, crie toute la nuit. La température oscille entre 38° et 39°5; il y a un peu d'albumine dans l'urine.

Examen. — Très vive sensibilité à la palpation et au toucher; empâtement des culs-de-sac. La malade est si maigre qu'il est très facile d'explorer la cavité pelvienne et de trouver l'utérus immobile, enclavé au milieu d'une masse qui remplit le petit bassin et présente une dureté ligneuse. Impossible de distinguer dans cette masse ni poche fluctuante, ni forme organique déterminée.

En présence de telles lésions, une intervention radicale me paraît impossible, car la malade n'avait plus que le souffle. Elle me suppliait d'intervenir, je résolus donc de faire un semblant d'intervention.

Opération le 6 février.

Ouverture de 3 cm. Introduction de l'index qui arrive sur une masse fibreuse où ne se reconnaissent plus ni l'utérus, ni les annexes ; aucun liquide n'est évacué. L'exploration dure une à deux minutes et la plaie est suturée ; 10 minutes d'opération en tout.

Chose curieuse, la fièvre tombe et ne se reproduit plus ; la douleur cesse absolument ; la malade est tranquille et reposée. Au bout de quelques jours un nouvel examen d'urine ne décèle aucune trace d'albumine ; l'appétit renaît; la bonne mine et les forces reviennent. Elle nous quitte au bout d'un mois complètement transformée. Je la revois 6 mois plus tard : tout est souple dans la cavité pelvienne ; elle travaille et ne souffre plus. Enfin j'ai d'elle des nouvelles récentes qui sont toujours aussi bonnes.

Observation 42

Pelvi-péritonite fibreuse guérie par la laparotomie simple.

(Richelot. *Communication à la Société de chirurgie*, 29 juillet 1891).

Femme de 35 ans dont les accès douloureux duraient depuis 4 ans, avec une intensité extrême depuis 9 mois. Opération le 6 avril 1891.

Ayant traversé la paroi chargée de graisse, je trouvai dans le petit bassin un magma d'adhérences inextricables, au milieu desquelles je parvins à énucléer péniblement un cylindre membraneux pris d'abord pour la trompe ; c'était la fin de l'intestin grêle ; je le réintégrai vite, renonçai à me débrouiller au milieu de ce processus fibreux et terminai l'opération. Cette femme nous quitta le 26 avril ne souffrant plus du tout. Elle revint nous voir le 6 mai, bien portante. Le toucher n'est pas douloureux ; les organes du petit bassin ont repris en grande partie leur souplesse. Je l'ai revue depuis, guérie et ne se plaignant de rien.

Observation 43

Pelvi-péritonite fibro adhésive guérie par la laparotomie simple.

(Richelot. *Communication à la Société de chirurgie*, 29 juillet 1891).

Femme de 38 ans, opérée le 12 mai dernier. Avait des douleurs vives et une leucorrhée très abondante.

Laparotomie. — J'ai reculé devant des adhérences totales confondant l'utérus et les annexes. Maintenant elle n'a plus ni douleurs, ni pertes blanches ; le toucher ne donne plus du tout les mêmes sensations et le succès thérapeutique n'est pas douteux.

Observations 44 et 45.

Pelvi-péritonites à grosses masses non extirpables. Laparotomie simple. Guérison.

(Marchand. *Communication à la Société de chirurgie*, 1891.

Bulletins de la société, p.

J'ai observé deux cas semblables à ceux de M. Richelot. C'étaient deux

femmes très malades que je croyais atteintes de pyo-salpingites, j'ai trouvé dans le petit bassin des adhérences dures, lardacées, dont j'ai à peine décollé quelques-unes, mais je n'ai rien pu enlever et j'ai refermé le ventre après un tamponnement à la gaze iodoformée.

Chez ces deux malades, les douleurs ont cessé complètement et au bout de quelques mois j'ai trouvé les tissus assouplis et l'utérus mobile.

Observation 46.

Pelvi-péritonite plastique. Laparotomie. Guérison.

(Baer. *American journal of obstetric*, 1886. *Obstetric Society of Philadelphia*, 1885).

Mme X., âgée de 42 ans, souffre dans les 2 côtés du ventre, surtout à droite ; ces douleurs s'irradient dans la région lombaire ; pertes rouges et blanches très fréquentes dans l'intervalle des règles. Cet état dure depuis 9 ans, à la suite d'une fausse couche, après laquelle elle eut tous les symptômes d'une pelvi-péritonite.

Le toucher montre un utérus très hypertrophié et fixé par une masse dure qui paraissait être incluse dans les ligaments larges. Le col de l'utérus est hypertrophié et déchiré. Quelque temps après à un 2e examen on constate que l'utérus est devenu plus mobile et qu'il reste de chaque côté de lui deux tumeurs qui lui adhèrent et adhèrent aux parois pelviennes. Diagnostic probable : salpingo-ovarite double.

En février 1885, amputation du col et applications de tampons iodés et à la glycérine boratée.

Peu de temps après l'examen sous chloroforme fait affirmer le diagnostic d'annexite double.

Opération. Laparotomie. — La trompe, les ovaires, l'utérus, les ligaments larges, l'épiploon et l'intestin forment un magma adhérent. Les trompes sont grosses mais ne contiennent pas de pus ; liquide séreux dans la trompe gauche. Les adhérences sont très serrées, très difficiles à décoller, l'hémorragie est considérable. On finit par pouvoir enlever les trompes et les ovaires des deux côtés. L'opération a duré deux heures.

La malade quitte l'hôpital cinq semaines après, tout à fait guérie.

Observation 47 (inédite)

(due à l'obligeance de M. le docteur Bazy).

Pelvi-péritonite ancienne fibro-adhésive. Hystérectomie sub-totale. Guérison.

Mme S. Hortense, ménagère, âgée de 30 ans, entrée à Beaujon le 27 mai 1906, a eu trois enfants et fait une fausse couche il y a un mois. Depuis lors elle souffre du côté droit.

Pas de fièvre. Etat général satisfaisant.

Examen. — Toucher : Utérus immobilisé ; masse dure emplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux, surtout le cul-de-sac latéral gauche, qui est plus irrégulier.

Opération le 12 juin 1906.

Laparotomie. — L'intestin grêle est relié à la paroi abdominale par des adhérences très anciennes et en même temps des plaques laiteuses témoignant de l'existence d'une péritonite ancienne. On voit l'ovaire gauche augmenté de volume, proéminant au dessus de l'aileron moyen et entouré par la trompe. Le rectum adhère énormément à la face postérieure de l'utérus et au ligament large droit. De ce côté l'ovaire est atrophié et la trompe oblitérée. La vessie adhère également à la face antérieure de l'utérus.

Hystérectomie supra-vaginale. Drain.

La malade sort guérie le 6 juillet.

CONCLUSIONS

1°) Il existe une forme de pelvi-péritonite déterminant une tumeur, un pseudo-néoplasme du petit bassin.

2°) Cette tumeur siège dans le péritoine ; elle est constituée :
a) par des épaississements fibreux, par des adhérences épaisses et dures réunissant entre eux les organes contenus dans le petit bassin ;
b) par les anses intestinales accolées ;
c) par l'épiploon considérablement épaissi.

3°) Souvent entre ces organes, ou dans des loges formées par des tractus fibreux, existe de la sérosité, du sang ou du pus, constituant des collections enkystées indépendantes de la trompe et de l'ovaire.

4°) Cette pelvi-péritonite paraît toujours secondaire à une affection de l'appareil génital interne. Elle survient surtout après un accouchement ou une fausse couche.

5°) Généralement elle débute brusquement par une crise aiguë et évolue par poussées successives, chaque crise étant accompagnée des phénomènes caractéristiques de l'infection péritonéale localisée : douleurs, fièvre, vomissements.

6°) Assez souvent aussi, cette pelvi-péritonite reste latente ; il peut même y avoir une tumeur avec gros abcès enkysté sans aucune réaction générale et sans température.

7°) L'affection se reconnaitra à l'irrégularité de la tumeur et à son évolution, mais surtout à la coexistence d'une poussée inflammatoire. Cette élévation thermique peut n'apparaître que tout au début de l'affection, être très peu marquée, et ne durer qu'un jour ou deux.

8°) Dans les formes latentes, en l'absence des phénomènes caractéristiques de l'inflammation, le diagnostic pourra être très délicat. Il sera surtout à faire avec le fibrome utérin et l'hématocèle rétro-utérine enkystée. La forme diffuse, la pachy-pelvi-péritonite, simulera souvent à s'y méprendre le néoplasme vrai, la carcinose pelvienne et la pelvi-péritonite tuberculeuse.

9°) Dans tous les cas où le diagnostic sera incertain il faudra intervenir chirurgicalement.

10°) Lorsque la tumeur inflammatoire est récente, peu dure, le traitement médical pourra donner de bons résultats.

11°) Dans les autres formes où la tumeur est bien constituée le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical.

12°) La laparotomie sera préférable à l'hystérectomie. L'opération devra être conduite avec une extrême prudence. Le grand danger à éviter : c'est la perforation de la vessie ou de l'intestin.

13°) Dans les cas difficiles, où les adhérences sont extrêmement serrées où des ruptures sont à craindre, on se bornera à la laparotomie simple qui pourra amener la guérison et toujours donnera du soulagement.

14°) En présence d'une collection, il faut la vider, la déterger et la drainer soit par le ventre soit par le vagin.

15°) Quand les deux trompes sont oblitérées, que les annexes peuvent se décoller facilement, l'opération de choix est l'hystérectomie supra-vaginale.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. — *Clinique médicale*. T. II, p. 725.

ANNALES de GYNÉCOLOGIE.

ARAN. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 716.

ARCHIVES d'OBSTÉTRIQUE et de GYNÉCOLOGIE, 1887, p. 170.

BARNES. — *Traité ctinique des maladies des femmes*. 1887, p. 301.

BERNUTZ et GOUPIL. — *Clinique médicale des maladies des femmes*. 1862. T. II, p. 305.

BOUILLY. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*. 1890, p. 500 ; *Manuel de Pathologie externe* T. IV, p. 502.

BURTON. — *Medical Press and circular*. 1886, p. 567.

CHARRIER. — Thèse Paris. 1891-92.

CHÉRON. — *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*. Août 1891.

COURTY. — *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*. 1872, p. 612.

DECHAMBRE. — *Dictionnaire*. Article Pelvi-péritonite.

DELBET. — *Traité des suppurations pelviennes de la femme*. 1891, p. 125.

DOLÉRIS. — *Archives d'obstétrique et de gynécologie*. Août 1889, p. 353.

DORAN. — *British Medical Journal*. 15 juin 1889.

DUDON. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 juillet 1886.

DURET. — *Journal des sciences médicales de Lille*. 1888 ; *Gazette des hôpitaux de Toulouse*. 27 juillet 1889.

EASTMAN. — *American journal of obstetric*, 1888, p. 920.

EMMET. — *Pratique des maladies des femmes*, 1887, p. 214.

FAURE. (J.-L.). — *Congrès de Rome*, 1902 ; *Chirurgie des annexes de l'utérus*, p. 102.

GALLARD. — *Malddies des femmes*, p. 630.

GAILLARD THOMAS. — *Traité clinique des maladies des femmes*, 1879, p. 407.

GERNE. — *Concours médical*. Paris, 1883, p. 386.

GOSSELIN. — *Clinique de la Charité*. T. II, p. 507.
GRISOLLE. — *Traité de Pathologie interne*, 9e édit. T. I, p. 590.
HARTMANN et SILHOL. — Examen du sang en chirurgie. *Revue de chirurgie*, 1901, p. 734, 1er semestre.
HEITZMANN. — *Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe*. Wien, 1883.
LAROYENNE. — *Lyon médical*, 21 février 1886.
LE DENTU et BONNET. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Delbet*. T. X, p. 840.
LEJARS. — *Semaine médicale*, 12 déc. 1906.
LEURET. — Thèse Paris, 1903.
LEWERS. — *Lancet* 1886. T. I, p. 441.
MARCHAND. — *Bulletins de la Société de chirurgie* 1891, 29 juillet.
MARTIN. — *Traité des maladies des femmes*, p. 514.
MONOD. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 29 juillet 1891.
MONPROFIT. — Thèse. Paris, 1888.
NONAT. — *Traité des maladies de l'utérus*, p. 281.
PAUCHET. — Thèse Paris, 1896.
PÉAN. — *Diagnostic et Traitement des tumeurs de l'abdomen*.
POLK. — *Medical Record*, 18 sept. 1886.
POZZI. — *Société anatomique*, 1871, p. 105 ; *Traité de gynécologie*, 1re édition, p. 661 ; *Bulletins de la Société de chirurgie*, 29 juillet 1891.
POZZI et BAUDRON. — *Revue de chirurgie*, 1891, p. 625.
POZZI. — *Gazette hebdomadaire*, 18 avril 1891.
QUÉNU. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1888, p. 965.
RECLUS. — *Gazette hebdomadaire*, 25 avril 1891 ; *Semaine Médicale*, 1891, n° 35, p. 282 ; — *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, 1894.
RICHELOT. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1888, p. 967 et 973 ; 1890, p. 526 ; 1891, p. 541.
ROUTH (A.). — *American journal of obstetric*, 1887, p. 422.
ROUTIER. — *Bulletins de la Soc. de chirurgie*, 1888, p. 862 et 871 ; *Revue de Chirurgie*, 1889, p. 273 ; *Bulletins de la Soc. de Chirurgie*, 29 juillet 1891.
SEGOND. — *Traité de Chirurgie*. Duplay et Reclus. T. VIII, p. 312.
SEUVRE. — *Gazette des hôpitaux*, 10 avril 1873, p. 329.
SINÉTY (De). — *Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes*, p. 659.
SIREDEY. — *Maladies puerpérales*, p. 189.
STACEY (S. Burn). — *The obstetric journal*, 1878, n° 63, p. 169.
TAIT LAWSON. — *Maladies des ovaires*, p. 463.

TERRIER. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1888, p. 1014; 29 juillet 1891.
TERRILLON. — *Annales de gynécologie*, 1887. 1er semestre, p. 129 ; *Semaine médicale*, 4 août 1886 ; *Clinique chirurgicale*, 1889.
TILLAUX. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 29 juillet 1891.
VAQUEZ et LAUBRY. — Hémo-diagnostic en chirurgie. *Presse médicale*, 6 mai 1903, p. 349.
VILLAR. — *Congrès de Rome*, 1904.
WILLIAMS. — *Tr. obst. Soc. London*, 1886, p. 169.
WALKER. — *American journal obst.*, N. Y., 1877, p. 663.

VU :
Le président de la thèse,
PAUL SEGOND.

VU :
Le doyen
M. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.	1
Chapitre premier. — Historique	5
Chapitre II. — Anatomie pathologique	8
Chapitre III. — Etiologie et pathogénie	11
Chapitre IV. — Symptômes.	12
Marche. Evolution	15
Pronostic. Complication.	15
Chapitre V. — Diagnostic	17
Diagnostic positif.	27
Chapitre VI. — Traitement.	29
Traitement chirurgical	30
Observations.	35
Conclusions	79
Bibliographie.	81

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE